Rapport annuel de gestion

2012-2013

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Québec

Le *Rapport annuel de gestion 2012-2013* est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, sous la coordination du Secrétariat général, Direction des communications et des affaires corporatives.

PLANIFICATION ET COORDINATION
Christine Daniel

RÉDACTION
Magali Dupont

MISE EN PAGE ET SECRÉTARIAT
Lynn Provost

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE
Agence de la santé et des services sociaux (2013). Rapport annuel de gestion 2012-2013. Longueuil

Ce document est disponible en version électronique sur le site Web de l'Agence, www.santemonteregie.qc.ca/agence, sous l'onglet Documentation.

DÉPÔT LÉGAL
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013
ISBN 978-2-89342-596-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-89342-597-9 (version PDF)

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Nicole Mongeon

Richard Deschamps

Au cours de cette dernière année, l'Agence a proposé au réseau une démarche de réflexion afin d'arriver à se donner une vision commune et partagée de notre mission. Au terme de cette démarche, tous se sont ralliés à la vision suivante : nous voulons œuvrer à la consolidation d'un réseau intégré et solidaire pour une population en santé. Nous avons réaffirmé notre volonté d'agir ensemble, d'être ensemble, en action, pour le bénéfice de notre population. Dorénavant, ce positionnement caractérisera ce que nous sommes et ce que nous voulons être comme réseau régional de santé et de services sociaux.

Pour l'Agence, l'année 2012-2013 a été marquée par les événements et investissements suivants.

Une première maison de naissance

La première maison de naissance de la région a vu le jour en octobre 2012 à Richelieu. On prévoit y assurer le suivi de 250 patientes et y réaliser 150 accouchements par année. Cette première maison marque le début de l'accès aux services de sages-femmes et aux maisons de naissance en Montérégie. Nous sommes heureux de pouvoir répondre au désir de plusieurs femmes en offrant une alternative concrète à l'hôpital. Progressivement, d'autres maisons de naissance seront implantées dans la région.

Des services ambulatoires transitoires dans le territoire de Vaudreuil-Soulanges

L'Agence appuie le projet d'hôpital dans le territoire du CSSS de Vaudreuil-Soulanges. Ce CSSS ne compte pas d'hôpital malgré son importante population et la croissance anticipée de celle-ci au cours des vingt prochaines années. Toutefois, en attendant la concrétisation de ce projet, nous avons obtenu les crédits nécessaires pour mettre en place une clinique de services ambulatoires qui offrira des consultations spécialisées, notamment en dermatologie, en pédiatrie, en obstétrique, en médecine interne et en chirurgie générale, de même qu'un service d'échographie et un centre d'évaluation et de traitement en soins ambulatoires gériatriques. Le centre de cliniques spécialisées devrait ouvrir ses portes en octobre 2014.

Les premiers jalons du rapatriement des clientèles du 514 vers le 450

L'année 2012-2013 a également été marquée par les premiers investissements qui permettront de mettre en place les infrastructures nécessaires pour le rapatriement en Montérégie des services hospitaliers pour lesquels les Montérégiens se rendent à Montréal, plus particulièrement au CHUM et au CUSM. En effet, considérant le contexte de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal et la réduction du nombre de lits disponibles qui en découlera, les régions environnantes ont été invitées à développer un plan pour rapatrier les consommateurs de ces services dans leur région.

Ainsi, le plan de rapatriement a pour objectif d'augmenter l'accessibilité aux soins généraux et spécialisés à proximité des lieux de résidence de la population montérégienne. Après avoir reçu l'aval du ministre de la Santé et des Services sociaux l'an dernier, l'Agence et les établissements concernés ont pu compter sur des investissements de 12 M$ au cours de la dernière année.

Les solutions immobilières représentent plus de 30 projets au sein de 6 CSSS dont Pierre-Boucher, Champlain–Charles-Le Moyne, Haut-Richelieu–Rouville, du Suroît, Jardins-Roussillon et Richelieu-Yamaska.

Rappelons qu'au terme du plan, plus de 60 M$ auront été investis dans la région dont 50 % provenant du MSSS et 50 % de l'Agence. Les volumes d'activités à rapatrier du CHUM et du CUMS vers les hôpitaux de la Montérégie représentent 121 lits, 3,6 salles d'opération, 3 700 chirurgies d'un jour, 4 500 hospitalisations, 39 000 jours-présence et 74 000 consultations externes, soit 13 % de plus par rapport au total des visites actuelles en Montérégie. Ces nouveaux services devraient également se traduire par l'ajout de 12 médecins omnipraticiens, 52 médecins spécialistes (dont plusieurs sont déjà en place) et près de 400 nouvelles ressources nécessaires pour soutenir la réalisation des activités cliniques.

Le recrutement de plusieurs médecins

Le rapatriement des clientèles du CHUM et du CUSM s'actualise en même temps que l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes prévus au Plan des effectifs médicaux (PREM) 2010-2015. Les PREM en spécialités prévoient l'arrivée de 240 nouveaux spécialistes en Montérégie d'ici 2015. À la fin décembre 2012, on comptait 55 nouveaux spécialistes dans la région.

Des places supplémentaires pour l'hébergement des personnes en perte d'autonomie

En 2012-2013, la mise en œuvre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées a permis de développer 285 places permanentes d'hébergement pour les personnes âgées, en alternative à l'hébergement institutionnel. Des places pour les clientèles adultes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou une problématique de santé mentale ont également été ajoutées. Ces investissements contribueront à réduire le temps d'attente pour l'hébergement en ressource intermédiaire.

Plus de qualité et de sécurité dans les résidences pour aînés (RPA)

L'Agence a embauché deux nouveaux inspecteurs afin d'assurer le respect des normes, de la qualité des soins et de la sécurité des aînés qui habitent dans ces résidences. Nous avons également organisé 17 journées de formation pour les exploitants de RPA de la région afin de les supporter et de les aider à s'approprier les diverses composantes des nouvelles règles d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.

Une attention particulière pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique

Le MSSS a accordé 8,9 M$ de nouveaux fonds pour le développement des services pour les clientèles ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique, et leur famille. L'apport de cet argent neuf améliorera l'accessibilité aux services professionnels, soutiendra les proches, permettra de développer des activités de jour, d'améliorer le soutien à domicile, de développer les ressources d'hébergement et d'améliorer l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation.

Des programmes d'intervention pour contrer la négligence envers les jeunes

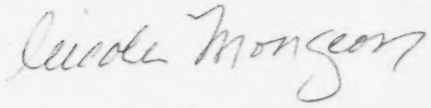
La dernière année a également été marquée par l'injection de 10 M$ à la grandeur du Québec, dont 1,8 M$ pour la Montérégie, destinés à l'implantation et la mise en œuvre de programmes d'intervention en négligence sous la responsabilité des CSSS.

Merci d'être au service de la santé et du bien-être de notre population

En terminant, nous désirons remercier le personnel du réseau montérégien pour leurs efforts quotidiens afin d'offrir aux patients et aux usagers les meilleurs soins et services.

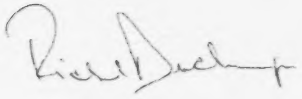
Merci également aux membres de conseil d'administration pour leur contribution à la gouvernance de notre réseau.

La présidente du conseil d'administration,



Nicole Mongeon

Le président-directeur général,



Richard Deschamps

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL i

ABRÉVIATIONS ET SIGLES ix

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 1

RAPPORT DE LA DIRECTION 2

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE 3
1.1 Mission 3
1.2 Objet 3
1.3 Données démographiques de la Montérégie 4
1.4 Structure de l'organisation 8
1.5 En support au réseau montérégien 8
1.6 Accès à l'information 10

2. ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE 11
2.1 En bref 11
2.2 Santé physique 11
2.3 Santé mentale ou psychosociale 13

3. RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 15
3.1 Prix et distinctions 15
3.2 Établissements 22
3.3 Effectifs du réseau – médecins omnipraticiens et médecins spécialistes 24
3.4 Cliniques médicales 25
3.5 Organismes communautaires 26
3.6 Résidences pour aînés (RPA) 26

4. FAITS SAILLANTS ET LES GRANDS DOSSIERS RÉGIONAUX 27
4.1 Modifications apportées pendant l'exercice 27
4.2 Grands dossiers régionaux 27

5. RÉSULTATS 2011-2012 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET ENTENTE DE GESTION 31
5.1 ENJEU 1 La prévention et la réduction des inégalités 32
5.2 ENJEU 2 Les services de premiÈre ligne 35
5.3 ENJEU 3 La réduction des délais pour l'accès aux services 51
5.4 ENJEU 4 La qualité et l'innovation 66
5.5 ENJEU 5 L'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel 70
5.6 ENJEU 6 Une gestion performante et imputable 75
5.7 Les projets d'optimisation 78
5.8 Accessibilité aux services 81

6. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 83
6.1 Organismes communautaires subventionnés par l'Agence 83

7. UTILISATION DES RESSOURCES 85
7.1 Ressources financières 85
7.2 Effectifs du réseau et ressources humaines 86
7.3 Immobilisations et équipements de technologie médicale 91
7.4 Ressources informationnelles réseau 94

8. SATISFACTION ET PLAINTES 97
8.1 Le commissaire régional de l'Agence 97
8.2 Les commissaires locaux 98
8.3 Les médecins examinateurs 98

9. ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 101
9.1 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 101
9.2 États financiers de l'Agence 103

ANNEXE I Conseil d'administration de l'agence, conseils et comités A-1

ANNEXE II Budget net de fonctionnement des établissements, surplus ou déficit A-9

ANNEXE III Subventions detaillées aux organismes communautaires A-13

ANNEXE IV Code d'éthique et de déontologie A-35

ANNEXE V Notes aux états financiers – auditée A-41

ANNEXE VI État de suivi des réserves A-51

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET FIGURES

TABLEAUX

TABLEAU 1 Répartition de la population par groupe d'âge - Montérégie 4
TABLEAU 2 Nombre projeté de personnes âgées de 65 ans et + et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2013 et 2031 5
TABLEAU 3 Effectifs de l'Agence au 31 mars 2013 8
TABLEAU 4 Nombre de demandes d'accès à l'information 10
TABLEAU 5 Établissements de la Montérégie 22
TABLEAU 6 Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie – 31 mars 2013 24
TABLEAU 7 Effectifs des établissements de la Montérégie – 31 mars 2012 25
TABLEAU 8 Personnes inscrites auprès d'une clinique médicale en Montérégie (1er avril 2013) 25
TABLEAU 9 Production chirurgicale 57
TABLEAU 10 Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL 84
TABLEAU 11 Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires 84
TABLEAU 12 Budget régional 85
TABLEAU 13 Développement des compétences réseau – bilan statistique 2012-2013 88
TABLEAU 14 Enveloppes budgétaires 2012-2013 91
TABLEAU 15 Projets majeurs d'investissement 92
TABLEAU 16 Projets de construction régionalisés de plus de 1 000 000 $ 93
TABLEAU 17 Projets d'équipements de plus de 500 000 $ 94
TABLEAU 18 Dossiers traités et conclus par le CRPQS 97
TABLEAU 19 Dossiers traités et conclus par les CLPQS et les ME (par mission d'établissements) 99
TABLEAU 20 Fonds d'exploitation – État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013 103
TABLEAU 21 Fonds d'exploitation – Bilan au 31 mars 2013 103
TABLEAU 22 Fonds des immobilisations – État des résultats Exercice terminé le 31 mars 2013 104
TABLEAU 23 Fonds des immobilisations – Bilan au 31 mars 2013 104
TABLEAU 24 Fonds des activités régionalisées – État des résultats Exercice terminé le 31 mars 2013 105
TABLEAU 25 Fonds des activités régionalisées – Bilan au 31 mars 2013 105
TABLEAU 26 Bilan et état cumulés de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés – Exercice terminé le 31 mars 2013 106
TABLEAU 27 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits Exercice terminé le 31 mars 2013 107
TABLEAU 28 Budget net de fonctionnement – Établissements publics A-9
TABLEAU 29 Budget agréé – Établissements privés conventionnés A-10
TABLEAU 30 Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé A-10
TABLEAU 31 Surplus ou déficit – Établissements publics A-10

GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 Proportion de la population de 18 ans et plus, vivant en ménage privé, présentant un surplus de poids, RLS et Montérégie, 2009 13
GRAPHIQUE 2 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves 64
GRAPHIQUE 3 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours 64

FIGURES

FIGURE 1 Organigramme de l'Agence, 31 mars 2013 6
FIGURE 2 Organigramme du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie 7
FIGURE 3 Territoire des CSSS en Montérégie 23
FIGURE 4 : Évolution du nombre de patients en dialyse et prédialyse en Montérégie 28
FIGURE 5 : Proportion des usagers traités selon les différents types de dialyse 28

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AÉRDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Agence	Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APIBQ	Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARATED	Association régionale autisme et troubles envahissants du développement (TED)
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CAFE	(Programme) Crise-Ado-Famille-Enfance
CCNU	Comité de coordination national des urgences
CCSM	Comité de coordination stratégique de la Montérégie
CCVT	Chirurgie cardio-vasculaire thoracique
CETED	Clinique d'évaluation TED
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CICM	Centre intégré de cancérologie de la Montérégie
CIR	Commission infirmière régionale
CJ	Centre jeunesse
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Centre montérégien de réadaptation
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CoMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDITEDME	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Montérégie-Est
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DAMUPP	Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels
DCI	Dossier clinique informatique
DGACPR	Direction générale associée à la coordination des programmes et du réseau
DI	Déficience intellectuelle
DMÉ	Dossier médical électronique
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier santé Québec
ÉiJ	Équipe d'intervention jeunesse
EIO	Évaluation-intervention-orientation
EMS	Équipements médicaux spécialisés
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
ESP	État de santé des projets

ETC	Équivalent temps complet
FORTERESSS	Fidélisation, Organisation du Travail et Reconnaissance des Employés de la Santé et des Services Sociaux
GAIN	*Global Appraisal Individual Need*
GBM	Groupe Biomédical Montérégie
GMAO	Gestion de maintenance assistée par ordinateur
GMF	Groupes de médecine de famille
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (de l'Université de Montréal)
GRT	Groupe de ressources techniques
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ICI	(Programme) d'intervention comportementale intensive
ICIDJE	Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants
IDC	Indicateurs de développement des communautés
IIA	Infirmières et infirmiers auxiliaires
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPIM	Identification préhospitalière de l'infarctus du myocarde
IPS	Infirmière praticienne spécialisée en soins de 1re ligne
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JMSP	Journée montérégienne de santé publique
LBEC	Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada
LEGG	Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux
Loi 90	Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé
Loi 100	Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MCV	Maladie cardiovasculaire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
ORIIM	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
OSBL	Organisme sans but lucratif
P-13	Période financière no 13
PACS	*Picture Archiving Communication System*
PAL	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PARI	Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles
PGRI	Plan de gestion en ressources informationnelles
PI	Plan d'intervention
PNSP	Programme national de santé publique
PPP	Partenariat public-privé
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSI	Plan de services individualisé

PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
PTPARI	Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCA	Réseau clinico-administratif
RCM	Réseau Cancer Montérégie
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressource non institutionnelle
RNIASSSS	Registre national des incidents/accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux
ROMAN	Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SIGPAQS	Système d'information sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SIP	Système informatique de pharmacie
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIQ	Société immobilière du Québec
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SM	Santé mentale
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SRSOR	Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TDAH	Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TGC	Troubles graves du comportement
TMS	Troubles musculosquelettiques
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TS	Temps supplémentaire
UDC	Unité de décision clinique
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VHC	Virus d'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION DE L'AGENCE ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Le président-directeur général,

Richard Deschamps

RAPPORT DE LA DIRECTION

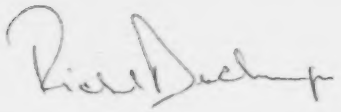
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au « Manuel de gestion financière » édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

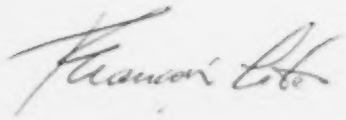
L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Deloitte s.e.n.c.r.l. a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Deloitte s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Richard Deschamps
Président-directeur général



François Côté
Adjoint au président-directeur général et
directeur des services administratifs par intérim

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

1.1 MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) a pour mission d'assurer la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance jusqu'à l'excellence et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population dont elle est responsable.

L'Agence vise à devenir le chef de file de la transformation et de l'amélioration du système régional de santé et de services sociaux en misant sur :

- une perspective populationnelle de santé publique;
- une approche de programme intégré;
- une organisation en mode réseau.

Elle compte y arriver en mettant en valeur l'expertise de son personnel, tout en y associant activement des partenaires sectoriels et intersectoriels au bénéfice de la population montérégienne.

L'Agence souscrit aux valeurs de l'administration publique, soit la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Sa charte des valeurs est centrée sur les besoins de la personne et de la population.

1.2 OBJET

Conformément à l'article 340 de la Loi, l'Agence a pour objet :

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du Ministre, la coordination interrégionale;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;

7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;

7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;

8° d'exécuter tout mandat que le Ministre lui confie.

1.3 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DE LA MONTÉRÉGIE

En 2013, la population de la Montérégie s'élève à 1 487 772 personnes. La Montérégie représente un territoire de plus 10 000 km^2 caractérisé par le côtoiement de zones urbaines, semi-rurales et rurales. La région desservie par l'Agence s'étend de Valleyfield à Sorel, d'ouest en est, de Longueuil à la frontière américaine, du nord au sud et de Longueuil à Sutton vers le sud-est. Elle comprend également l'Île-Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la frontière ontarienne.

Elle compte aujourd'hui 177 municipalités, 14 municipalités régionales de comté (MRC), un territoire équivalent de MRC pour l'agglomération de Longueuil et de deux réserves autochtones : Akwesasne et Kahnawake.

1.3.1 Une population en croissance, mais tout de même vieillissante

Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population de la Montérégie devrait s'accroître de 13 % entre 2013 et 2031. Avec une population de 1 487 772 habitants en 2013, soit 18 % de la population québécoise, la Montérégie est la deuxième région sociosanitaire la plus populeuse du Québec, après Montréal.

TABLEAU 1

Répartition de la population par groupe d'âge - Montérégie

	Année 2013
Jeunes de moins de 18 ans	**20 %**
Adultes de 18 à 64 ans	**64 %**
Personnes âgées de 65 ans et plus	**16 %**

Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auxquels la région fait face. Entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 16 % à 25 %. Ainsi, la population de la Montérégie sera à peine plus jeune que celle du Québec, laquelle comptera 26 % d'aînés en 2031. Toutefois, le rythme du vieillissement sera légèrement plus rapide en Montérégie qu'au Québec : la proportion d'aînés s'accroîtra de 56 % en Montérégie, comparativement à 52 % au Québec.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. En Montérégie, le nombre d'aînés s'accroîtra de 77 % entre 2013 et 2031, passant de 237 354 à 418 887 personnes.

TABLEAU 2

Nombre projeté de personnes âgées de 65 ans et + et taux d'accroissement (%) selon le RLS, Montérégie, 2013 et 2031

Territoire (RLS)	N^bre projeté de personnes de 65 ans et plus		Taux d'accroissement 2013-2031 (%)
	2013	2031	
du Haut-Saint-Laurent	4 574	7 489	64
du Suroît	11 727	19 607	67
de Jardins-Roussillon	28 014	51 610	84
de Champlain	35 161	56 571	61
Pierre-Boucher	39 699	66 883	69
du Haut-Richelieu–Rouville	26 992	50 625	88
de Richelieu-Yamaska	35 169	60 934	73
Pierre-De Saurel	11 317	18 159	61
La Pommeraie	10 509	17 490	66
de la Haute-Yamaska	16 621	32 439	95
de Vaudreuil-Soulanges	17 571	37 080	111
TOTAL - MONTÉRÉGIE	**237 354**	**418 887**	**77**

1.3.2 Des disparités socioéconomiques

En 2006, 22 % des adultes de 25 ans et plus ne détenaient aucun certificat, diplôme ou grade. En 2005, plus de 167 000 personnes vivaient sous le seuil de faible revenu, soit 11 % des hommes et 14 % des femmes. En 2006, près de 13 % de la population de 15 ans et plus en ménage privé vivait seule, proportion qui grimpe à 28 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Environ 52 000 adultes, soit près de 6 % de la population de 18-64 ans, étaient prestataires d'un des programmes d'assistance sociale (aide sociale, solidarité sociale et alternative jeunesse) en 2009. Ces chiffres cachent des disparités géographiques importantes : selon les RLS, ces proportions varient de 17 à 34 % pour la faible scolarité, de 9 à 16 % pour le faible revenu et de 2 à 11 % pour l'assistance sociale.

Depuis le début des années 2000, le décrochage scolaire au secondaire est à la baisse en Montérégie. De 25 % en 1999-2000, la proportion de sortants sans diplôme ni qualification est passée à 18 % en 2009-2010, soit une diminution de 39 %. Indépendamment de la période considérée, le décrochage scolaire touche deux fois plus de garçons que de filles. Heureusement, une part des décrocheurs réintègrent le réseau scolaire.

La Montérégie compte également un nombre important d'immigrants et d'anglophones. En 2006, les immigrants représentaient 7,5 % de la population, soit environ 100 000 personnes, ce qui fait de la Montérégie la troisième région d'accueil après Montréal et Laval. Par ailleurs, selon l'information portant sur la première langue officielle parlée, la population d'expression anglaise représentait environ 11 % de la population de la Montérégie en 2006.

FIGURE 1
Organigramme de l'Agence, 31 mars 2013

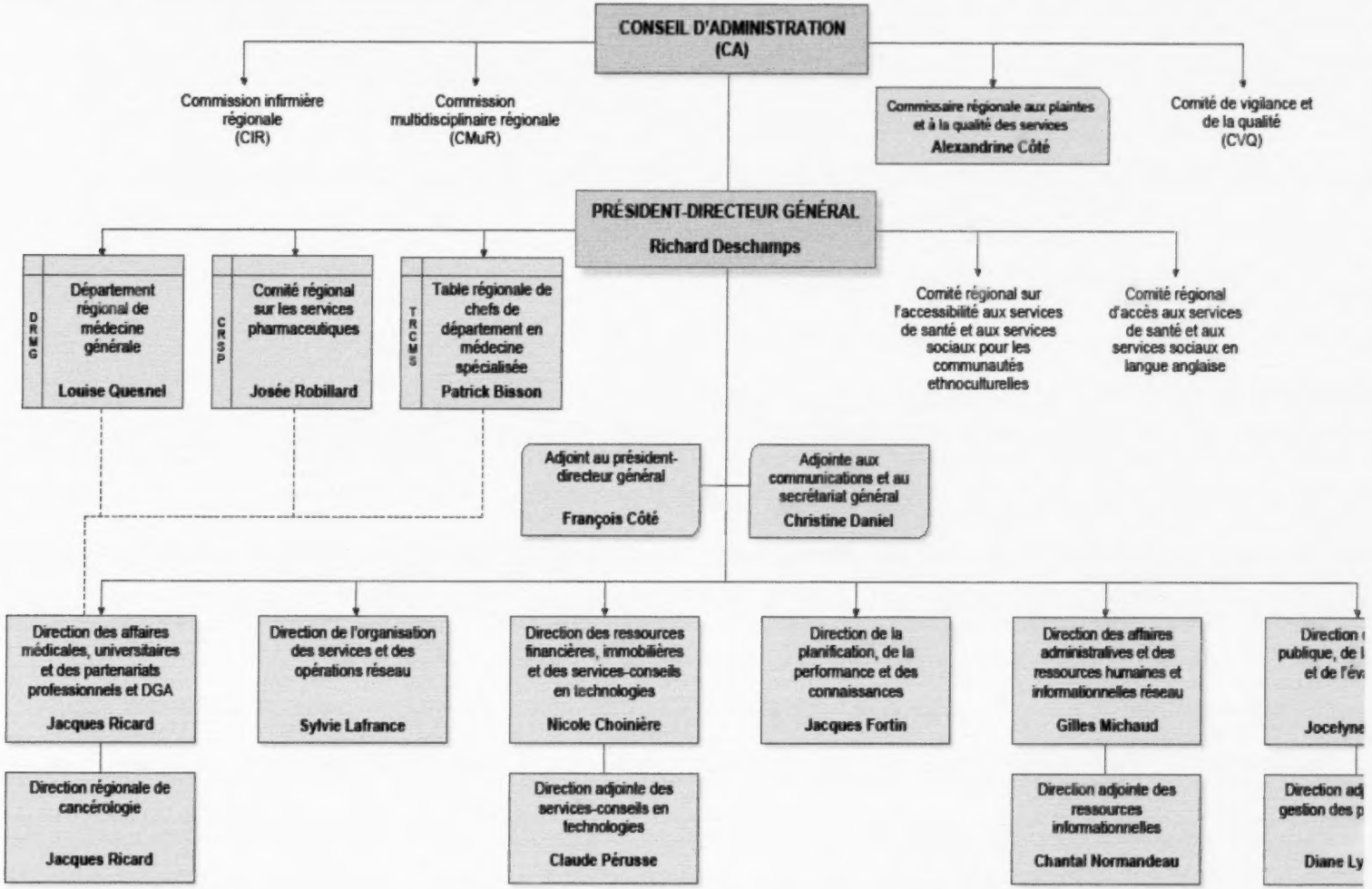
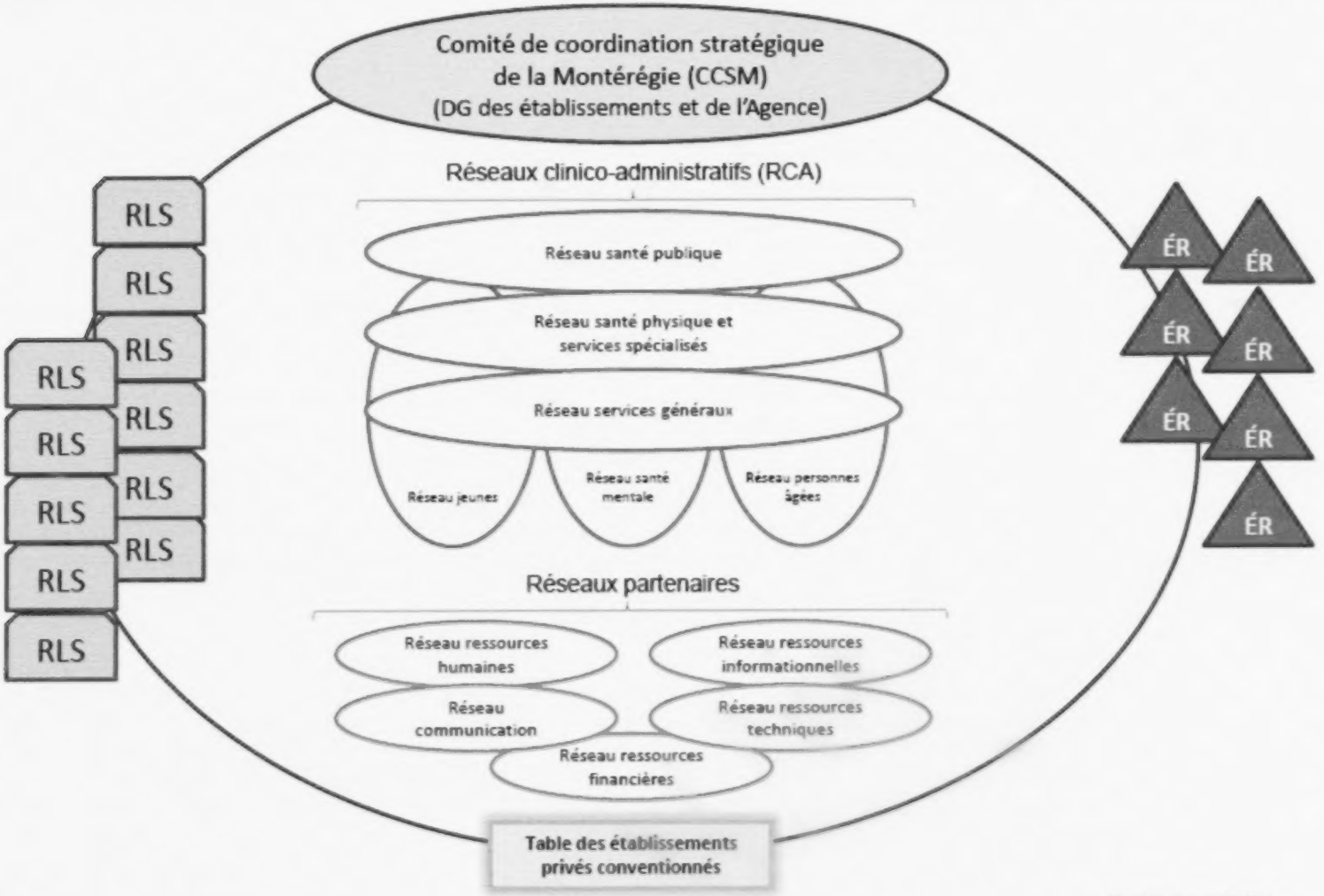


FIGURE 2
Organigramme de la structure consultative régionale



1.4 STRUCTURE DE L'ORGANISATION

Afin d'assurer efficacement son mandat, l'Agence s'est dotée de 6 directions, 3 directions adjointes et 8 comités consultatifs.

1.4.1 Les comités et les commissions

La structure organisationnelle de l'Agence s'appuie notamment sur un conseil d'administration ainsi que sur 3 comités internes et 7 comités régionaux : le comité d'éthique et de gouvernance, le comité de vérification, le comité de vigilance et de la qualité, la Commission infirmière régionale, la Commission multidisciplinaire régionale, le Département de médecine générale, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le Comité régional sur les services pharmaceutiques, le Comité régional sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise et le Comité régional sur l'accessibilité aux services de santé et aux services régionaux pour les communautés ethnoculturelles. Ces comités représentent des professionnels de la santé et des services sociaux ou des groupes spécifiques de la population. Enfin, une instance regroupe les directeurs généraux de tous les établissements de la Montérégie : le Comité de coordination stratégique de la Montérégie. Voir l'organigramme à la page précédente.

1.4.2 Les effectifs de l'Agence

À la fin de l'exercice 2012-2013, l'Agence comptait 389,33 employés équivalent temps complet (ETC), dont 37 cadres et 285 employés réguliers.

Durant cet exercice, l'Agence a vu certains de ces mandats bonifiés, particulièrement en ce qui concerne l'inspection des résidences pour aînés ainsi que pour le Groupe Biomédical Montérégie qui agit auprès de l'ensemble du réseau de la santé dans le cadre d'activités régionalisées autofinancées et d'ententes contractuelles.

TABLEAU 3
Effectifs de l'Agence au 31 mars 2013

	2012-2013	2011-2012
Cadres		
Temps complet[1]	37	37
Temps partiel[1] – nombre de personnes ETC	1,42	1,29
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
Temps complet ETC[2]	285	281
Temps partiel[2] – nombre de personnes ETC	9,86	6,61
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	102 425	111 272
Équivalent temps complet	56,06	59,44
TOTAL – nombre de personnes ETC	**389,33**	**385,34**

1 Excluant les personnes en stabilité d'emploi
2 Excluant les personnes en sécurité d'emploi

1.5 EN SUPPORT AU RÉSEAU MONTÉRÉGIEN

1.5.1 La gestion intégrée des connaissances

En soutien à la prise de décision des gestionnaires et cliniciens du réseau montérégien et de l'Agence et dans une optique de formation et d'habilitation du réseau, l'Agence s'acquitte de son mandat par la réalisation des activités suivantes :

- produire des analyses de performance et des outils d'aide à la décision devant soutenir les gestionnaires et les cliniciens du réseau montérégien;
- répertorier et diffuser les données probantes et les meilleures pratiques;
- favoriser la collaboration d'experts et le rapprochement entre les décideurs, les chercheurs et les experts;

- développer des instruments informationnels et collaboratifs permettant d'accéder rapidement et efficacement à l'information et aux connaissances disponibles. Au cours de la dernière année, le Carrefour informationnel a été développé, permettant au réseau d'interroger les données populationnelles, de consommation et d'utilisation des services en Montérégie;
- assurer l'intégration des suivis de la planification stratégique régionale et leur diffusion auprès des instances décisionnelles de l'Agence et du réseau;
- participer au déploiement d'un mode de gestion par projet et d'un cycle annuel de gestion au sein de l'Agence, en cohérence avec les orientations stratégiques de la région;
- soutenir l'expérimentation et l'adoption de pratiques novatrices en matière de gestion et de gouvernance des services de santé et de services sociaux.

Sur ce dernier point par ailleurs, le Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance (LEGG) a soutenu au cours de la dernière année 6 établissements qui ont réussi 5 projets novateurs.

Établissements	Résumé des nouvelles pratiques
CRDITED de la Montérégie-Est	Offrir des services d'enseignement d'habiletés de gestion des émotions chez les enfants TED et leurs parents
CSSS La Pommeraie	Offrir des visites médicales à domicile aux personnes âgées nécessitant des soins médicaux aigus
CSSS Haut-Richelieu–Rouville	Offrir des services en imagerie médicale plus performants en termes d'accessibilité et de qualité par l'implantation du mode de gestion *LEAN*
Institut Nazareth et Louis-Braille	Offrir un nouveau modèle d'intervention pour l'intégration socioprofessionnelle des personnes avec déficience visuelle
CSSS Pierre-Boucher et Centre jeunesse de la Montérégie	Offrir un nouveau modèle de services conjoints de la part de deux établissements pour une clientèle de 0 à 18 ans aux prises avec de la négligence grave

1.5.2 Le Groupe Biomédical Montérégie (GBM)

Le GBM est une équipe multidisciplinaire d'experts-conseils œuvrant en technologies de la santé composée de 32 personnes, dont 27 conseillers professionnels. Cette activité est un service autofinancé au sein de l'Agence. Le GBM guide les intervenants du réseau de la santé du Québec dans leurs projets pour tous les aspects relatifs à la gestion et à l'utilisation sécuritaire des technologies biomédicales, informationnelles et immobilières. Ce groupe unique en son genre au Québec est divisé en six secteurs d'activités : acquisition des équipements médicaux, ingénierie et physique biomédicales, projets d'immobilisations et planification d'équipements, technologies de l'information, logistique de l'approvisionnement, ainsi que conseils en gestion.

Cette année, le chiffre d'affaires du GBM atteint 3 278 750 $ pour 30 041 heures facturées à plus de 104 clients répartis dans les 18 régions administratives du Québec. À ce total, s'ajoutent les efforts consentis à maintenir les programmes spécialisés du GBM que sont les alertes médicales, les sessions de formation spécialisée, la planification de l'entretien préventif et la sécurité électrique continue des équipements médicaux. De nouveaux programmes ont été développés et offerts à la clientèle, notamment l'implantation des systèmes de Gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) et le soutien subséquent nécessaire pour en optimiser les effets au sein des équipes qui les utilisent à travers un groupe de *benchmarking*.

Ainsi, en 2012-2013, le GBM a :

- réalisé des achats regroupés nationaux en haute technologie pour des systèmes d'imagerie médicale et diverses autres technologies électromédicales;
- agi à titre d'expert-conseil dans la planification, l'acquisition et l'optimisation du parc d'équipements médicaux spécialisés;
- maintenu ses collaborations universitaires avec l'École Polytechnique de Montréal, l'École de technologie supérieure ainsi qu'avec l'Université de Technologie Compiègne en France, notamment en accueillant régulièrement des stagiaires en génie clinique et en qualité;

- fourni des services de radioprotection et d'évaluation de blindage à l'ensemble des établissements desservis incluant la finalisation des projets de calculs pour le design des bunkers de radiothérapie pour les nouveaux CHU de la région de Montréal;
- réalisé quelques enquêtes relatives à des incidents et accidents impliquant des équipements médicaux spécialisés et agi à titre de témoin-expert dans le cadre de litiges en responsabilité hospitalière impliquant le fonctionnement d'équipements médicaux;
- développé, réalisé et implanté des méthodes inédites de planification de l'entretien préventif des équipements médicaux spécialisés des établissements en lien avec le Guide des bonnes pratiques biomédicales en établissement de santé (APIBQ, 2005) et le programme *Qmentum* d'Agrément Canada;
- poursuivi les mandats autour du Système automatisé, robotisé de distribution des médicaments de la Montérégie (SARDM);
- réalisé les révisions générales des processus et implanté des programmes d'amélioration continue de la qualité en génie biomédical dans des établissements de tout le Québec, en conformité avec le programme *Qmentum* d'Agrément Canada;
- continué de soutenir les communautés Cris qui procèdent actuellement à la réforme de leurs institutions de santé en lien avec Santé Canada;
- collaboré activement au sein de l'équipe de consultants en technologie affectés à la conception, la planification et la réalisation du site Glen du Centre universitaire de santé McGill;
- supporté l'Agence dans les projets en technologie de l'information soit le plan d'affaires concernant la centralisation des centres de traitement informatique, l'implantation du système d'information de pharmacie (SIP) régional et l'implantation d'un bureau de projet.

1.6 ACCÈS À L'INFORMATION

Au cours de l'année 2012-2013, 41 demandes d'accès ont été faites à l'Agence en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1). Un requérant a retiré sa demande.

TABLEAU 4

Nombre de demandes d'accès à l'information

Années	Nombre de demandes
2012-2013	40
2011-2012	26
2010-2011	25
2009-2010	27

Parmi les 40 demandes traitées :

- 33 ont obtenu un accès total ou partiel;
- 6 concernaient des documents non détenus par l'Agence ou relevaient de la compétence d'un autre organisme;
- 1 demande a été refusée à la suite des observations du tiers.

1.6.1 Délais de réponse

Des demandes reçues, 87,5 % ont été répondues dans les délais prescrits par la loi sur l'accès, soit :

22	entre 2 et 20 jours
9	entre 20 et 30 jours
4	délais – avis au tiers
5	entre 32 et 63 jours

Trois recours en révision ont été adressés à la Commission d'accès à l'information par les demandeurs.

2. ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

L'état de santé de la population montérégienne s'est globalement amélioré au cours des dernières décennies comme en témoigne la progression de l'espérance de vie. Toutefois, plusieurs problématiques demeurent préoccupantes.

2.1 EN BREF

En 2031, au Québec comme en Montérégie, une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent les principales causes de décès tandis que les maladies respiratoires et les maladies chroniques, dont les allergies et le diabète, constituent des fardeaux pour les services de santé. Des problèmes de santé mentale affectent une part importante des adultes et des problèmes psychosociaux persistent tant chez les jeunes que chez les adultes de la Montérégie.

Même si le tabagisme régresse, près d'un adulte sur quatre fume en Montérégie. De plus, une importante partie de la population pratique une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine ou présente un surplus de poids.

La consolidation d'un ensemble d'interventions, tant cliniques que préventives, élaborées dans une perspective populationnelle est indispensable pour que la santé des Montérégiens continue de s'améliorer.

2.1.1 L'espérance de vie progresse

En 2005-2009, l'espérance de vie à la naissance des Montérégiens s'élevait à 81,1 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des hommes (83,1 ans contre 78,8 ans), quoique l'écart entre les sexes tende à s'amenuiser avec le temps. Les hommes de la Montérégie ont une espérance de vie inférieure à celle des femmes du Québec (82,7 ans).

2.1.2 La santé des nouveau-nés s'améliore

Entre 1985-1989 et 2005-2009, le taux de mortalité infantile a chuté de 39 % en Montérégie, passant de 6,4 à 3,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux significativement plus faible que celui du Québec (4,6 pour 1 000). La mortalité infantile est un indicateur qui mesure non seulement la santé infantile, mais également le niveau de mortalité, de l'état de santé et de prestation de soins de santé d'une population.

Entre 1985-1989 et 2005-2009, la proportion de nouveau-nés présentant une hypotrophie néonatale a diminué de 41 %, passant de 13,5 à 7,9 %. En 2005-2009, la proportion de naissances hypotrophiques est significativement inférieure à celle observée au Québec (8,2 %). La proportion de naissances prématurées (7,5 % en 2005-2009) a également augmenté depuis 1985-1989, alors que la proportion de nouveau-nés de faible poids (5,5 % en 2005-2009) a légèrement diminué.

2.2 SANTÉ PHYSIQUE

2.2.1 Les tumeurs au premier rang des causes de décès

En 2005-2009, 34 % des décès en Montérégie étaient attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 3 132 décès par année, les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. En Montérégie, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 4 410 à 7 146 entre les périodes 1989-1993 et 2004-2008. Depuis 1994-1998, le taux d'incidence est également à la hausse. Par ailleurs, en 2004-2008, les taux d'incidence du cancer colorectal (72 c. 70 pour 100 000) et du cancer de la prostate (134 c. 125 pour 100 000) sont significativement plus élevés en Montérégie qu'au Québec.

On compte 11 127 hospitalisations en 2011-2012 pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 10 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée.

2.2.2 Les maladies de l'appareil circulatoire : un problème préoccupant en Montérégie

Au Québec comme en Montérégie, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a beaucoup diminué depuis quelques années; ces maladies sont passées au second rang parmi les principales causes de décès. Ainsi, en 2005-2009, 27 % de la mortalité, soit en moyenne 2 496 décès par année, est due à ces maladies.

Cependant, en Montérégie, le taux de mortalité pour cette cause demeure supérieur à celui du Québec, et ce, depuis plusieurs décennies. Cette situation est en partie attribuable à un excès de mortalité par cardiopathies ischémiques en Montérégie.

En 2009-2010, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 17 % d'hypertension, ce qui représente respectivement près de 56 300 et 201 600 personnes.

En 2011-2012, 14 % des hospitalisations des Montérégiens en soins physiques de courte durée, soit 16 370 hospitalisations, étaient attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisations.

2.2.3 Les maladies de l'appareil respiratoire : responsables de plus d'une hospitalisation sur dix

En 2011-2012, les maladies de l'appareil respiratoire étaient responsables de près de 10 % de toutes les hospitalisations en soins physiques de courte durée, soit 11 343 hospitalisations. Environ 9 % des décès survenus en 2005-2009, soit 791 décès en moyenne par année, était attribuable à ces maladies.

En 2009-2010, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 4 % des Montérégiens de 35 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive (MPOC), ce qui représente respectivement près de 109 700 et 31 000 personnes.

2.2.4 Le diabète n'est pas en reste

En 2008-2009, 87 700 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 8,2 % de la population de ce groupe d'âge. La proportion de personnes atteintes de diabète est semblable à celle observée à l'échelle du Québec (8,3 %). Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète. Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problème cardiaque, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

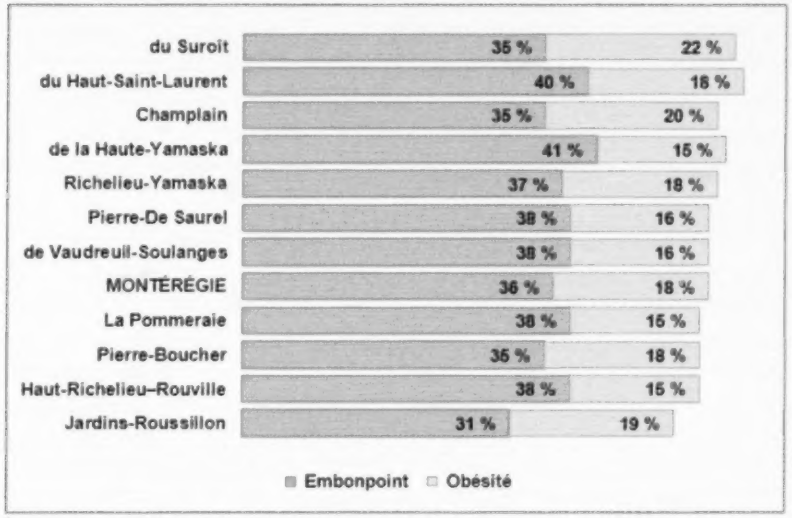
2.2.5 Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes de la Montérégie vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- Environ 46 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- Plus d'un adulte sur trois (36 %) pratique une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- Environ 24 % fument de façon quotidienne ou occasionnelle;
- Plus de la moitié (54 %) des adultes de 18 ans et plus présentent un surplus de poids, soit 36 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité, selon des données autodéclarées qui sous-estiment le phénomène.

GRAPHIQUE 1

Proportion de la population de 18 ans et plus[1], vivant en ménage privé, présentant un surplus de poids, RLS et Montérégie, 2009



[1] Il s'agit de la population vivant en ménage privé

Source : SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie, 2009

2.2.6 Les maladies transmissibles : encore des batailles à livrer

Au cours de la dernière année, une augmentation importante du nombre d'éclosions de cas d'infections à *Clostridium difficile* a été observée dans les hôpitaux de la région. Alors que le taux régional d'incidence de diarrhées associées au *Clostridium difficile (DACD)* se situait historiquement sous la moyenne provinciale, le taux est à la hausse et s'approche maintenant de la moyenne provinciale. Plusieurs établissements doivent par ailleurs composer avec la présence d'éclosions associées aux entérocoques résistants à la vancomycine. Cela illustre l'importance de maintenir une vigilance et une mobilisation à l'égard des pratiques de prévention et de contrôle des infections.

En Montérégie, les taux d'incidence de la syphilis infectieuse, de la gonorrhée et de l'infection à *Chlamydia trachomatis* continuent d'augmenter. De plus, la gonorrhée et la syphilis touchent un nombre croissant de jeunes et de femmes, dont plusieurs sont en âge de procréer. Ces données démontrent la pertinence d'une action concertée pour briser le cycle de transmission.

En vaccination, l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale demande des efforts constants, principalement chez les clientèles vulnérables. Une enquête réalisée en 2012 auprès des parents d'enfants âgés de 2 ans a démontré que 84 % d'entre eux ont reçu tous les vaccins recommandés au calendrier, mais seulement 34 % des enfants les avaient reçus sans aucun délai.

Pour la vaccination contre l'influenza, les faibles taux de couverture vaccinale demeurent préoccupants. Pour la saison 2011-2012, 39 % des travailleurs de la santé dans les CSSS de la région ont été vaccinés tandis que chez les jeunes enfants, seuls 18 % des enfants de moins de 2 ans ont reçu au moins une dose de vaccin. Des efforts supplémentaires devront être réalisés pour rejoindre ces clientèles.

2.3 SANTÉ MENTALE OU PSYCHOSOCIALE

En 2009-2010, environ 4 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant à domicile percevaient leur état de santé mentale comme passable ou mauvais. Chez les adultes de la Montérégie, environ 4 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel-compulsif ou trouble de panique) et 6 % de troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie). Une proportion semblable (6 %) a consulté un psychologue pour un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle au cours de l'année précédant l'enquête. On estime aussi que 31 % des Montérégiens de 18 ans et plus éprouvent un stress quotidien élevé, une proportion supérieure à celle observée au Québec. Le stress ressenti au travail est plus répandu : 39 % des travailleurs de 15 à 74 ans qualifient leurs journées « assez à extrêmement » stressantes.

En 2008, la proportion d'adultes qui se classaient au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler était estimée à près de 23 %.

En 2011-2012, on dénombrait en moyenne 7 164 hospitalisations pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée.

En 2005-2009, le nombre annuel moyen de décès par suicide s'élevait à 187 en Montérégie. La mortalité par suicide, quoiqu'en baisse, est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (21 c. 6 décès pour 100 000). Depuis le début des années 1990, la Montérégie présente un taux de mortalité par suicide significativement inférieur à celui du Québec.

En 2011-2012, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 12 688 signalements, soit une augmentation de 93 % par rapport à 2001-2002. Le nombre de signalements retenus est aussi à la hausse pour se chiffrer à 5 413 en 2011-2012. Depuis 2007-2008, les abus physiques et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 1 532, les nouvelles prises en charge représentent 28 % des signalements retenus en 2011-2012.

En Montérégie, en 2007-2009, le taux d'auteurs présumés d'infractions criminelles s'élevait à 5 336 pour 100 000 chez les jeunes de 12-17 ans. Ce taux s'avère significativement inférieur à celui du Québec et deux fois plus élevé que celui des adultes.

En 2009, au Québec et en Montérégie, plus du cinquième des infractions contre la personne déclarées aux policiers a été commis dans un contexte conjugal. Les femmes sont les victimes dans plus de quatre cas sur cinq. En 2009, le taux de victimisation pour violence conjugale était quatre fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (351 c. 82 pour 100 000).

En Montérégie, en 2005-2009, le taux de grossesse chez les adolescentes se situait à 12 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans, ce qui représente en moyenne 458 grossesses par année. Le taux de grossesse chez les adolescentes montérégiennes est significativement inférieur à celui observé au Québec.

3. RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le réseau montérégien de la santé et des services sociaux est soucieux d'offrir les meilleurs services à la population de sa région. À cette fin, plus de 2 200 médecins et 32 000 employés travaillent de concert au sein des 11 CSSS et des 7 établissements régionaux de la Montérégie, sans compter les 10 établissements privés conventionnés, les 7 établissements privés non conventionnés et les 456 organismes communautaires œuvrant également dans la région.

3.1 PRIX ET DISTINCTIONS

Au cours de la dernière année, plusieurs établissements, organismes de santé et de services sociaux et personnes œuvrant au sein du réseau ont remporté des prix soulignant l'excellence de leur travail.

AGENCE, CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA et CSSS JARDINS-ROUSSILLON

L'Agence et le CSSS de la Haute-Yamaska ont chacun reçu un prix Philanthrope du Secrétariat Entraide pour leur performance lors de la campagne d'Entraide 2012. La campagne Entraide sollicite chaque année les employés actifs et retraités de la fonction publique ainsi que les professionnels rémunérés par la RAMQ pour venir en aide aux personnes vivant une situation de vulnérabilité sur tout le territoire québécois. Les donateurs peuvent choisir parmi plus de 36 organismes.

Josée Lefebvre et Patricia Besner, du CSSS Jardins-Roussillon, ont obtenu un prix Artisan Philanthrope pour le secteur de la santé et des services sociaux, une reconnaissance qui récompense l'implication et les efforts fournis par des personnes au sein des organisations. Créatives et très engagées, ces agentes administratives ont multiplié les activités et développé des outils de communication, ce qui leur a permis de dépasser de 26 % leur objectif annuel de campagne.

Le CSSS de la Haute-Yamaska est lauréat pour la deuxième année consécutive dans la catégorie secteur de la santé et de l'éducation de 1000 employés et plus. Au cours de la dernière année, 20 940 $ ont été recueillis auprès de plus de 300 donateurs. Le centre de santé tient à souligner le travail de Ruth Leduc, infirmière clinicienne à l'hôpital de jour, nouvellement retraitée, qui porte à bout de bras cette campagne depuis 20 ans.

L'Agence s'est également distinguée dans cette catégorie, parmi les organisations de 200 à 499 employés, spécifiquement par la progression importante des dons amassés par rapport à l'année dernière soit 19 794 $, un bond de 2 794 $ comparativement à 2011 et de 5 444 $ comparativement à 2010. Le nombre de donateurs est passé de 93 à 137 de 2011 à 2012.

Josée Lefebvre et Patricia Besner du CSSS Jardins-Roussillon, lauréates d'un Prix Artisan Philanthrope, Christine Daniel, directrice de la campagne Entraide à l'Agence et Magali Dupont, coordonnatrice de la campagne.

Rémi Brassard, directeur général adjoint du CSSS de la Haute-Yamaska, accompagné de Christine Daniel, directrice de la campagne Entraide à l'Agence et de Maude Bourgeois, agente d'information au CRDITED de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Institut universitaire. Également sur la photo, de gauche à droite, Denys Jean, coprésident du Comité Entraide et président-directeur général de la Régie des rentes du Québec, Denise Boucher, membre du Comité Entraide et vice-présidente de la Confédération des syndicats nationaux, Lucie Martineau, coprésidente du Comité Entraide et présidente générale du Syndicat de la fonction publique et parapublique du Québec, et Pierre-Paul Côté, membre du Comité Entraide et président de l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE

Le projet Mobilis a récolté les honneurs en 2012-2013. Il a en effet obtenu le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Partenariat en octobre 2012, le Prix d'excellence de l'Association des Centres jeunesse du Québec (l'ACJQ) dans la catégorie Expérience de soutien à l'intervention clinique en octobre 2012, le 2e Prix d'excellence du ministère de la Sécurité publique dans la catégorie Intersection en mai 2012 et enfin, le Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique de Québec dans la catégorie Réalisation - Santé et services sociaux en novembre 2012.

Mobilis est un projet de partenariat entre le Centre jeunesse, le Service de police de l'agglomération de Longueuil et la Conférence des élus de l'agglomération de Longueuil pour prévenir l'adhésion des jeunes aux gangs de rue et pour mettre en place des conditions favorables à la désaffiliation des membres. La priorité est donnée à la lutte au trafic humain, qui fait en sorte que les jeunes filles vulnérables sont recrutées par les gangs qui, après les avoir soumises, les exploitent sexuellement. Depuis sa création, Mobilis a permis d'aider plus de deux cents victimes et de procéder à l'arrestation de plusieurs proxénètes.

De gauche à droite : Marc Rodier, directeur adjoint SPAL, Martin Valiquette, lieutenant détective, Suzanne Lepage, DSJF, Martin Turbide, directeur Forum jeunesse Longueuil, Claude Latendresse, coordonnateur délinquance, Michel Bienvenue, directeur CRÉ, Carole Demers conseillère Mobilis, Mathieu Forgues, conseiller CRÉ Longueuil, Richard Desjardins, directeur Maison des jeunes Kekpart et Éric Valiquette, conseiller municipal Longueuil.

Équipe Mobilis : Pascale Philibert, conseillère Mobilis, Claude Latendresse, coordonnateur délinquance et Carole Demers, conseillère Mobilis.

Le Centre jeunesse a également remporté un 2e Prix d'excellence de l'ACJQ en octobre 2012 avec le projet Apprendre Autrement dans la catégorie Expérience d'intervention clinique. Depuis 2005, menée par des intervenants du Centre jeunesse, en collaboration avec des étudiants et des professeurs du Cégep de Saint-Hyacinthe, la démarche Apprendre Autrement vise à développer les compétences parentales et à briser l'isolement social des parents qui reçoivent des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, tout en offrant des activités d'apprentissage structurées à leurs enfants.

Équipe Apprendre Autrement : Lise Tétreault, coordonnatrice des étudiantes à l'activité Apprendre Autrement pour le Cégep de Saint-Hyacinthe, Claire Marchand, éducatrice, Caroline Simard, agente de relations humaines et Marie-Josée Tremblay, chef de service - équipe Enfance Saint-Hyacinthe.

CRDITED DE LA MONTÉRÉGIE-EST

Le CRDITED de la Montérégie-Est a reçu le Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique du Québec (IAPQ) en novembre 2012 pour le projet Tremplin : un modèle d'expérimentation à l'origine des programmes d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration au travail et communautaire.

Rappelons que le modèle d'intervention Tremplin a été développé dans le but d'intégrer à l'emploi des jeunes vivant avec un trouble envahissant du développement (TED) sans déficience intellectuelle (DI). Cette nouvelle approche mise sur l'intégration graduelle des usagers en milieux réels d'apprentissage, ce qui leur permet d'expérimenter des conditions de travail variées avec encadrement et ainsi les amener à identifier leurs champs d'intérêt et leurs besoins. L'objectif est aussi de développer des habitudes de vie favorisant leur insertion sociale par le travail ou par l'implication communautaire.

Jacques Laforest, président du jury Prix Santé et services sociaux, Céline Rouleau, directrice générale adjointe, Marie-Claude Charrette, coordonnatrice au secteur Travail et communautaire, Pierre Nadeau, chef de programmes, Territoires Seigneurie et Patriotes, Robert Mc Collough, partenaire Banque Nationale.

INSTITUT NAZARETH ET LOUIS-BRAILLE

L'Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB) a remporté, en octobre 2012, le Prix d'excellence dans la catégorie Intervention clinique en déficience visuelle de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) pour son programme clinique d'évaluation et d'entraînement à la vision excentrique.

Certaines maladies entraînent une perte de la vision centrale et de ce fait, une diminution de l'autonomie fonctionnelle et de la qualité de vie. L'évaluation et l'entraînement à la vision excentrique représentent une méthode de réadaptation visuelle visant à compenser la perte de vision centrale. L'usager apprend à voir son environnement en utilisant une portion excentrée de sa rétine, donc en positionnant et gardant fixe son regard vers le haut, le bas ou le côté pour voir devant lui. Le projet concerne à la fois les activités instrumentales de la vie quotidienne et la lecture courante, ce qui permet aux personnes vivant avec une perte de vision centrale d'avoir une plus grande autonomie.

CSSS CHAMPLAIN–CHARLES-LE MOYNE

Le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne a été le lauréat en novembre 2012 de trois Prix d'excellence en cancérologie dans les catégories Organisation des services, Soutien aux personnes ainsi que Promotion de la santé et prévention décernés par la Direction québécoise de cancérologie du MSSS. Ces prix ont pour objectif de reconnaître des projets qui, par leur déploiement, ont permis d'améliorer les soins et services en oncologie.

Le projet primé dans la catégorie Organisation des services présente la démarche d'optimisation de l'organisation de la clinique ambulatoire d'hématologie-oncologie au Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM). L'implantation de ce projet a permis de réduire le temps d'attente des patients en plus d'assurer une prestation de soins sécuritaires, tout en gérant de façon optimale les ressources humaines.

L'initiative Soutien aux personnes démontre la force du lien et la complémentarité dans l'offre de services psychosociaux du CICM. Elle tient compte de l'intervention effectuée auprès des patients, mais également auprès des familles et des proches.

Enfin, le projet récompensé en Promotion de la santé et prévention met en lumière l'importance du programme de prévention des complications musculo-squelettiques, tel que le lymphœdème, à la suite d'un traitement contre le cancer du sein au CICM.

D[r] José Ayllon, chef médical et cogestionnaire du CICM intérimaire, Cécile Bergeron, Martin Caplette, Guylaine Pié, Anne Plante, Johanne Jacques, Sonia Joannette, Annie Girouard, Daniel Castonguay, directeur général du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, Linda Roy et Nathalie Moreau, chef clinico-administratif et cogestionnaire du CICM intérimaire.

Issu d'une initiative de la Table Jeunesse Samuel-de-Champlain, le projet Sexualité et Influence$ a remporté, le 13 mars dernier, le Prix Égalité du Secrétariat à la condition féminine dans la catégorie Modèles et comportements égalitaires. Cette catégorie récompense les projets qui font la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes dans les milieux de l'éducation, du sport, des entreprises culturelles et des médias.

Destiné aux écoles primaires et secondaires ainsi qu'aux organismes communautaires, ce projet se décline en plusieurs ateliers interactifs portant notamment sur l'image corporelle, la séduction et l'hyper-sexualisation. Sensibles à l'importance du rôle joué par les parents dans la transition des jeunes vers la vie adulte, des trousses d'animation adaptées à leur réalité ont aussi été développées afin de les outiller et de faciliter les interactions avec leur adolescent. À ce jour, le projet a permis de joindre 2 000 jeunes et une centaine de parents du territoire du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne.

Agnès Maltais, ministre responsable de la Condition féminine, Isabelle Lepage, chargée de projet Sexualité et Influence$, Chantal Plamondon, organisatrice communautaire au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne et Nathalie Marcil, infirmière scolaire à ce CSSS.

Le Centre de recherche (CR) du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne (CSSSCCLM) a fait son entrée dans le palmarès 2012, établi sur la base de l'évaluation de plus de 60 centres de recherche en milieu hospitalier évalués par *RE$EARCH Infosource Inc.* Le Centre de recherche du CSSSCCLM compte sur l'expertise de 19 chercheurs et d'une vingtaine de cliniciens-chercheurs. Le CR assure, depuis 1995, le volet recherche de la mission universitaire de l'établissement. Ses activités sont orientées vers les interventions novatrices en santé, ainsi que vers la recherche clinique interventionnelle commanditée par l'industrie pharmaceutique.

CSSS DE VAUDREUIL-SOULANGES

Le programme de deuil périnatal du CSSS de Vaudreuil-Soulanges a remporté le prix régional Innovation clinique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en avril 2012. Ce programme vient en aide aux parents endeuillés en leur offrant un accompagnement soutenu et l'occasion d'exprimer leurs sentiments et contribuer ainsi à briser leur isolement.

CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

Sommité en matière de promotion de la médecine de famille au Québec, le docteur Setrak K. Geukjian a reçu, en novembre 2012, le prestigieux prix Contribution aux soins des patients en milieu non urbain du Collège des médecins de famille du Canada, section Québec. Travaillant notamment à l'Hôpital Barrie Memorial du CSSS du Haut-Saint-Laurent comme responsable des stages pour étudiants et résidents en milieu rural à Ormstown, D^{r} Geukjian est très impliqué dans sa communauté depuis près de 37 ans.

D^{r} Geukjian lors de la Journée carrière de la Fédération des médecins résidents du Québec au Palais des congrès de Montréal le 5 octobre dernier.

CSSS JARDINS-ROUSSILLON

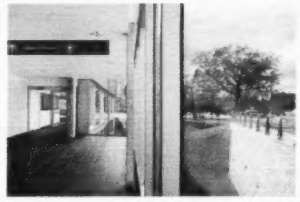
Le CSSS Jardins-Roussillon a reçu en mars dernier le Prix Innovation Organismes publics 2013, région de Valleyfield, pour le Guide de prévention et de gestion lors de manifestations de violence en milieu de travail. Le guide est l'œuvre du Comité paritaire en santé, sécurité et mieux-être au travail du CSSS. Celui-ci avait été mandaté pour développer des outils efficaces afin d'aider les intervenants à faire face aux différentes situations de violence qui peuvent survenir dans les milieux de soins du CSSS (CLSC, centre d'hébergement et hôpital).

Louyse Toulouse, directrice régionale par intérim, CSST, Isabelle Groulx, représentante à la prévention-SPSSJR/FIIQ, Julie Laramée, représentante à la prévention-SCFP, Sylvie Martineau, chef du service de santé, sécurité et mieux-être au travail, Danielle Paquin, conseillère-cadre en gestion des risques et de la qualité, Chantal Toupin, chef d'unité – Centre d'hébergement de La Prairie, et Gaétan Thériault, vice-président aux opérations de la CSST. Photo : CSST

CSSS LA POMMERAIE

La firme Yelle Maillé Architectes Associés a remporté le Prix hôpital pour les nouveaux locaux de l'urgence et du centre ambulatoire de l'Hôpital Brome-Missisquoi–Perkins aux Grands prix du design 2012. Plus de 105 firmes de professionnels du design et de l'architecture avaient soumis 301 projets dans 12 catégories à ce concours.

L'intégration réussie de la nouvelle architecture dans l'environnement existant a constitué l'autre élément-clé du concept, sans oublier la diversité des panoramas, l'apport esthétique d'un espace vert et l'escalier de service où le béton et les parois de verre se côtoient harmonieusement.



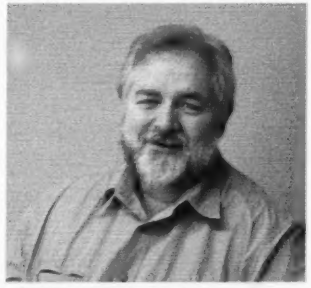
Photos : Marc Cramer

CSSS PIERRE-BOUCHER

Le D[r] François Raymond, pédiatre à la clinique Libellule, au carrefour jeunesse sociomédical du Grand Longueuil et du CSSS Pierre-Boucher, a été choisi Personnalité de la semaine du quotidien La Presse, le 28 mai 2012.

Le D[r] Raymond est honoré pour sa contribution à la clinique de pédiatrie Libellule, fondée en décembre 2010, issue d'un partenariat entre la Commission scolaire Marie-Victorin et le CSSS Pierre-Boucher et qui œuvre auprès de la clientèle de l'École Bourgeoys-Champagnat située dans un milieu défavorisé de Longueuil. La clinique mise sur des efforts concertés entre l'école, la famille et le milieu médical pour identifier et traiter les troubles d'apprentissage et de comportement.

La D[re] Anne-Patricia Prévost, omnipraticienne pratiquant aux CSSS Pierre-Boucher et Champlain—Charles-Le Moyne, a reçu en décembre le Prix de développement en début de carrière 2012 pour sa contribution remarquable à titre de nouveau médecin de famille et chef de file de demain. Ce prestigieux prix, attribué par le Collège des médecins de famille du Canada, souligne son engagement et son implication à titre d'omnipraticienne. Parmi les qualités soulignées, mentionnons le grand sens de l'éthique professionnelle, le dynamisme et le leadership exceptionnel dont elle fait preuve au quotidien.



D[r] François Raymond

D[re] Anne-Patricia Prévost

CSSS RICHELIEU-YAMASKA

Le CSSS Richelieu-Yamaska a remporté, en octobre 2012, une mention d'honneur dans la catégorie Intégration des services dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux pour son projet d'accueil clinique. En collaboration avec les médecins de première ligne, le CSSS a mis en place un accueil destiné à la population afin de réduire le temps d'attente à l'urgence et améliorer l'efficacité du travail des médecins omnipraticiens et spécialistes. La pierre angulaire qui fait le succès de ce service est un site Internet mettant à la disposition des médecins de première ligne des guides et protocoles cliniques ainsi qu'un accès rapide aux examens diagnostics des patients. Cette initiative facilite grandement le travail de tous les professionnels qui interviennent dans le suivi du dossier d'un usager.

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS ET NON CONVENTIONNÉS

Santé Courville a reçu la mention d'honneur décernée par Agrément Canada pour ses deux établissements situés à Laval et à Waterloo en Montérégie. L'implantation au cours des dernières années d'un processus continu de développement d'une culture organisationnelle basée sur la qualité et la sécurité des soins et services leur a valu cette mention. En 2013, cette culture se traduit entre autres par une équipe engagée, stable qui s'adapte pour offrir des soins et services répondant aux besoins personnalisés des résidents dans la philosophie du *We Care*. Celle-ci prône le respect du résident en le mettant au centre des préoccupations de l'établissement.

En outre, les 14 CHSLD privés conventionnés du Groupe Champlain au Québec ont reçu la plus haute distinction de l'organisme indépendant Agrément Canada en étant agréés avec mention d'honneur. Soulignons que la Montérégie compte 3 établissements du Groupe Champlain.

3.2 ÉTABLISSEMENTS

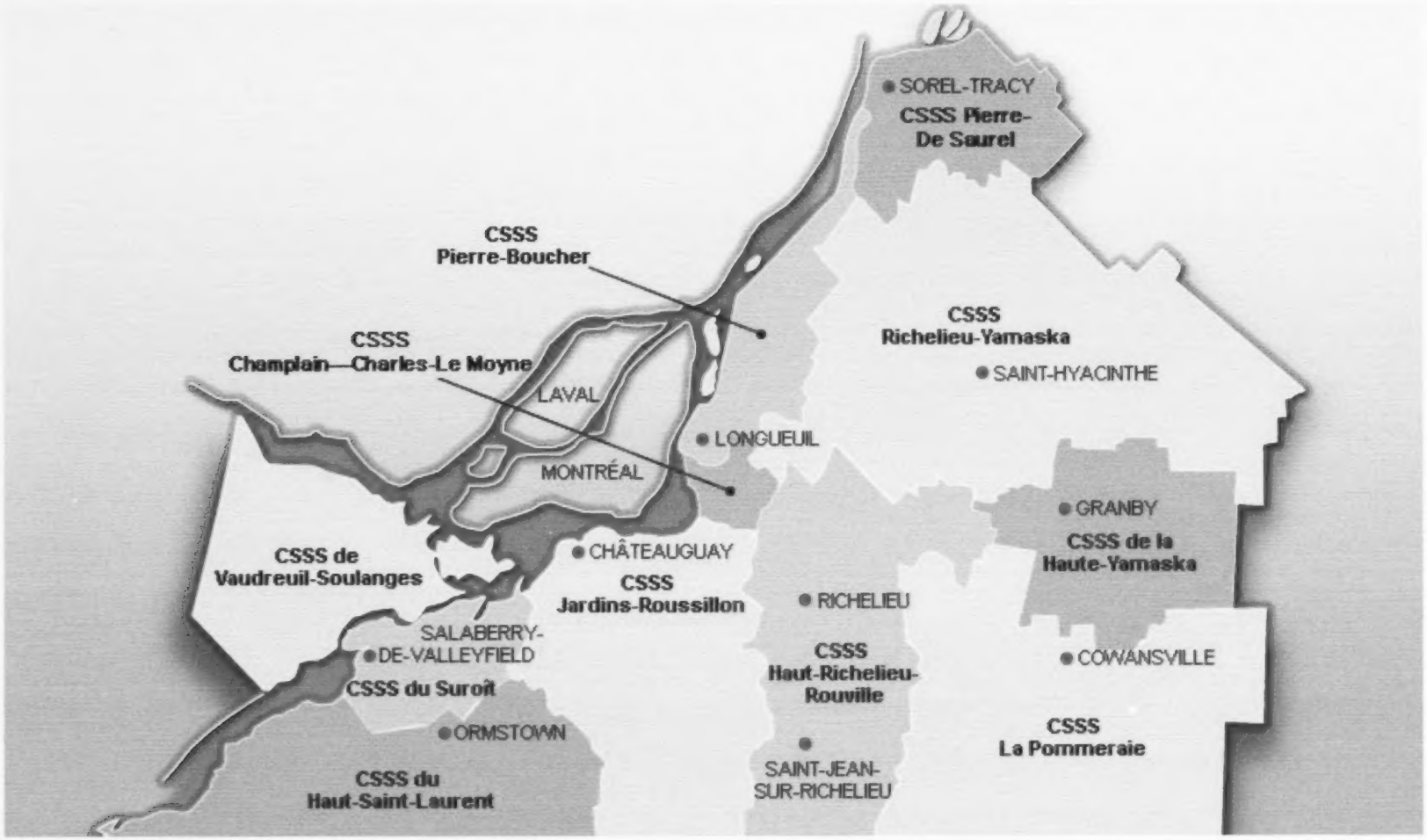
Au 31 mars 2013, le réseau de la santé et des services sociaux montérégien comptait 36 établissements, dont 18 établissements publics, 10 établissements privés conventionnés, 7 établissements privés non conventionnés et 1 établissement en partenariat public-privé : le Centre d'hébergement de Saint-Lambert-sur-le-Golf. Les 18 établissements publics incluent 11 CSSS et 7 centres spécialisés (jeunesse, réadaptation).

TABLEAU 5

Établissements de la Montérégie

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS
Centres de santé et de services sociaux (11)
1. Champlain—Charles-Le Moyne
2. de la Haute-Yamaska
3. du Suroît
4. du Haut-Saint-Laurent
5. Haut-Richelieu–Rouville
6. Jardins-Roussillon
7. La Pommeraie
8. Pierre-Boucher
9. Pierre-De Saurel
10. Richelieu-Yamaska
11. de Vaudreuil-Soulanges
Établissements régionaux spécialisés (7)
12. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissant du développement de la Montérégie-Est (CRDITED)
13. Centre jeunesse de la Montérégie (CJM)
14. Centre montérégien de réadaptation (CMR)
15. Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)
16. Les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR)
17. Centre de réadaptation en dépendance Le Virage
18. Centre de réadaptation Foster
Partenariat public-privé (1)
19. CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf inc.
Établissements privés conventionnés (10)
20. Accueil du Rivage inc.
21. Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.
22. Centre d'hébergement Champlain Châteauguay
23. Centre d'hébergement Champlain Jean-Louis-Lapierre
24. Centre d'hébergement Champlain des Pommetiers
25. Centre hospitalier Kateri Memorial
26. CHSLD Vigi de Brossard
27. CHSLD Vigi de la Montérégie
28. Résidence Sorel-Tracy inc.
29. Santé Courville de Waterloo
Établissements privés non conventionnés (7)
30. CHSLD Résidence Bourg-Joli Inc.
31. Centre de soins de la Gare
32. IAKHIHSOHTHA Lodge
33. Maison des Aînées de St-Timothée inc.
34. Manoir Harwood (Le)
35. Manoir Soleil inc.
36. Centre d'hébergement Revera Argyle Inc. (mieux connu sous le nom de Résidence du Parc)

FIGURE 3
Territoire des CSSS en Montérégie



3.3 EFFECTIFS DU RÉSEAU – MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET MÉDECINS SPÉCIALISTES

Outre les quelque 32 000 personnes œuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux montérégien, la région compte 888 médecins spécialistes (31 médecins spécialistes de plus que l'année dernière, une augmentation de 6 %) ainsi que 1 339 médecins omnipraticiens travaillant en CLSC, CHSLD, hôpital, clinique, cabinet privé ou centre jeunesse.

TABLEAU 6

Répartition des médecins spécialistes par spécialité en Montérégie – 31 mars 2013

Spécialités	2012-2013	2011-2012
Allergie et Immunologie clinique	5	4
Anatomopathologie	25	24
Anesthésie - Réanimation	72	68
Biochimie médicale	5	3
Cardiologie	34	34
Chirurgie cardio-vasculaire thoracique	0	0
Chirurgie générale	61	58
Chirurgie vasculaire	4	4
Chirurgie thoracique	1	1
Chirurgie orthopédique	44	44
Chirurgie plastique	12	11
Dermatologie	6	6
Endocrinologie	6	7
Gastroentérologie	28	24
Gériatrie	2	1
Hématologie	26	24
Médecine interne	51	48
Médecine nucléaire	10	9
Médecine d'urgence	9	9
Microbiologie médicale	24	23
Néphrologie	19	17
Neurologie	25	24
Neurochirurgie	5	4
Obstétrique - Gynécologie	53	49
Ophtalmologie	33	32
ORL	26	25
Pédiatrie	43	40
Physiatrie	7	7
Pneumologie	17	15
Psychiatrie adulte	98	93
Pédopsychiatrie	28	26
Radiologie diagnostique	62	58
Radio-oncologie	11	8
Rhumatologie	2	4
Santé communautaire	14	16
Urologie	20	20
TOTAL	**888**	**840**

Source : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, PREM en spécialité

TABLEAU 7

Effectifs des établissements de la Montérégie – 31 mars 2012

Catégories d'emploi	31 mars 2012	31 mars 2011
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	8 921	8 636
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	9 967	9 877
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	4 142	4 088
Personnel de bureaux, techniciens et professionnels de l'administration	7 303	7 041
Personnel non visé par la Loi 30	173	156
Personnel d'encadrement	1 472	1 471
TOTAL	**31 978**	**31 269**

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, banque R-25 annuelle 2011-2012.
Dernières données disponibles au 31 mars 2012.

3.4 CLINIQUES MÉDICALES

La Montérégie compte 232 cliniques médicales, dont 38 groupes de médecine familiale et 5 cliniques-réseau.

La Montérégie favorise fortement la mise en place des groupes de médecine de famille (GMF). Le modèle GMF, implanté en 2003 dans la région, favorise la prise en charge de la population et le soutien aux médecins de famille.

TABLEAU 8

Personnes inscrites auprès d'une clinique médicale en Montérégie (1er avril 2013)

	Données 2012-2013
Inscriptions en GMF	451 955
Inscriptions générales	395 340
TOTAL	**847 295**
Population totale 2012 Montérégie	1 487 772
% de la population inscrite	56,95 %

Les GMF sont des cliniques regroupant des médecins de famille qui unissent leurs compétences afin d'offrir un ensemble de services, avec et sans rendez-vous, à une clientèle inscrite. Les médecins collaborent de façon synergique avec une équipe interprofessionnelle. En effet, ce modèle de pratique basé sur la continuité favorise le suivi conjoint de la clientèle par le médecin, l'infirmière et d'autres professionnels tels que : psychologue, physiothérapeute, nutritionniste, kinésiologue, travailleur social, pharmacien et autres.

Par ailleurs, les 5 cliniques-réseau (CR), établies en Montérégie depuis 2007, viennent bonifier l'offre de service. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne, diminuant ainsi le nombre de visites aux salles d'urgence des hôpitaux.

Les CR offrent des services avec et sans rendez-vous à l'ensemble de la population nécessitant une consultation médicale, particulièrement aux personnes n'ayant pas de médecin de famille. L'axe majeur se situe au niveau de l'accessibilité en offrant des heures d'ouverture étendues. La CR développe des corridors de service privilégiés avec un hôpital, ce qui facilite l'accès aux plateaux techniques ainsi qu'aux médecins spécialistes.

3.5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2012-2013, l'Agence a financé 456 organismes pour un total de 68 597 018 $. Ces organismes interviennent dans les problématiques suivantes : perte d'autonomie liée au vieillissement, cancer, déficience intellectuelle, déficience physique, troubles envahissants du développement, déficiences multiples, santé physique, personnes démunies, alcoolisme, toxicomanie, dépendance, santé mentale, VIH-SIDA, contraception, allaitement, périnatalité, famille, femmes en difficulté, hommes en difficulté, agression à caractère sexuel, etc.

L'Agence supporte également divers groupes dont des centres d'action bénévole, des organismes de maintien à domicile, des maisons d'hébergement jeunesse, des maisons d'hébergement pour femmes en difficulté, des maisons de jeunes, des centres de femmes, des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, des organismes de justice alternative, des groupes représentant des communautés culturelles et autochtones, etc. Le détail des subventions accordées aux organismes communautaires est présenté à l'annexe III.

3.6 RÉSIDENCES POUR AÎNÉS (RPA)

Les résidences privées pour aînés (RPA) sont des partenaires privés incontournables dans le continuum de services offerts aux personnes âgées. Au 31 mars 2013, on dénombrait 19 457 unités locatives réparties dans 329 RPA. La majorité de ces RPA détiennent un certificat de conformité ou une attestation temporaire de conformité. Les autres sont en processus de certification.

Le nouveau Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés est entré en vigueur le 13 mars 2013. Celui-ci comporte un certain nombre d'ajouts dont les objectifs sont d'accroître la sécurité et la qualité des services offerts par les RPA. Pour supporter les exploitants de RPA et les aider à s'approprier les diverses composantes du nouveau règlement, l'Agence a organisé 17 journées de formation pour les exploitants de RPA de la région.

4. FAITS SAILLANTS ET GRANDS DOSSIERS RÉGIONAUX

4.1 MODIFICATIONS APPORTÉES AU RÉSEAU PENDANT L'EXERCICE

Les CHSLD en partenariat public-privé

En décembre 2011, l'Agence de la Montérégie avait signé une première entente de partenariat avec le groupe Nationax pour la réalisation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée de 66 lits à Sainte-Catherine (CSSS Jardins-Roussillon). Au cours de l'année 2012-2013, deux autres ententes ont été signées avec le même groupe pour deux CHSLD de même capacité à Granby (CSSS de la Haute-Yamaska) et à Saint-Jean-sur-Richelieu (CSSS Haut-Richelieu–Rouville). L'offre d'hébergement régionale sera ainsi bonifiée de 198 places supplémentaires d'ici l'été 2014. Le CHSLD de Sainte-Catherine ouvrira ses portes à l'été 2013, celui de Granby, à l'automne 2013, et celui de Saint-Jean-sur-Richelieu, au printemps-été 2014.

Rappelons que ces contrats en partenariat public-privé ont pu être octroyés suite à un rigoureux appel d'offres réalisé en 2011.

4.2 GRANDS DOSSIERS RÉGIONAUX

4.2.1 Réflexion stratégique régionale

La prestation de services de santé et de services sociaux en Montérégie est confrontée à plusieurs défis, dont le vieillissement et l'accroissement de la population. Pour se développer à la mesure de ses ambitions au cours des cinq à dix prochaines années, le réseau montérégien doit se doter d'une vision commune et d'un modèle de gouvernance régionale adaptée à cette nouvelle réalité.

L'Agence a entrepris une démarche de réflexion stratégique à la fin de l'année 2011-2012, en collaboration avec les dirigeants des établissements. Cet exercice implique notamment un examen de l'environnement dans lequel évoluent la région et le réseau ainsi que l'identification des grands enjeux, défis et opportunités afin de déterminer les stratégies permettant de concrétiser la vision qui permettra de répondre aux besoins de la population montérégienne dans les prochaines années.

Cette réflexion est accompagnée d'une démarche de *branding* (identité de marque) qui traduira l'identité régionale du réseau montérégien et facilitera la compréhension de l'offre de service pour la population de la région.

4.2.2 Rapatriement de certaines clientèles en Montérégie (514-540)

Depuis 2010, l'Agence de la Montérégie travaille, de concert avec les agences de Montréal, Laurentides, Lanaudière et Laval ainsi que le MSSS, sur un plan de rapatriement de certaines clientèles consommant des services à Montréal, notamment au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). L'objectif de ce rapatriement est d'assurer à la population une meilleure accessibilité aux soins généraux et spécialisés en les rapprochant de leur lieu de résidence.

Pour la partie immobilière, ce plan nécessite un investissement de 60 M$ (44 M$ pour les immobilisations et 16 M$ pour les équipements) et sera financé à parts égales par le MSSS et par l'Agence.

Le plan de rapatriement de la clientèle comprend 4 phases. La 1re phase a été amorcée en 2011-2012 et représente une somme de 14 M$ octroyée par le MSSS. Elle a été répartie entre 5 établissements : CSSS Pierre-Boucher, CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, CSSS du Suroît, CSSS Jardins-Roussillon et CSSS Haut-Richelieu–Rouville.

En 2012-2013, les établissements ont élaboré les plans et devis de construction pour les différentes phases de travaux et préparé les appels d'offres pour les travaux de la phase 1.

4.2.3 Suppléance rénale

L'Agence a poursuivi ses travaux conformément au Plan d'action régional en suppléance rénale, adopté et déposé au MSSS en novembre 2011. La région compte présentement 4 centres principaux de dialyse, 2 centres satellites, 2 centres externes. Près de 800 patients sont desservis en dialyse tandis que près de 1 300 patients sont suivis dans les cliniques de prédialyse de la région.

Conformément au Plan d'action régional, un centre externe comptant 26 stations de dialyse ouvrira ses portes au CSSS Jardins-Roussillon en janvier 2015 et pourra accueillir 130 usagers.

En Montérégie, le nombre d'usagers traités en suppléance rénale a augmenté de 15 % depuis 2009-2010 tandis que le nombre d'usagers desservis en prédialyse a augmenté de 23 % au cours de la même période. Environ 130 personnes se trouvent présentement au stade 5 de la prédialyse et sont susceptibles de nécessiter des services de dialyse très rapidement. En outre, la Montérégie doit rapatrier les usagers montérégiens qui sont présentement desservis en prédialyse au CHUM et au CUSM.

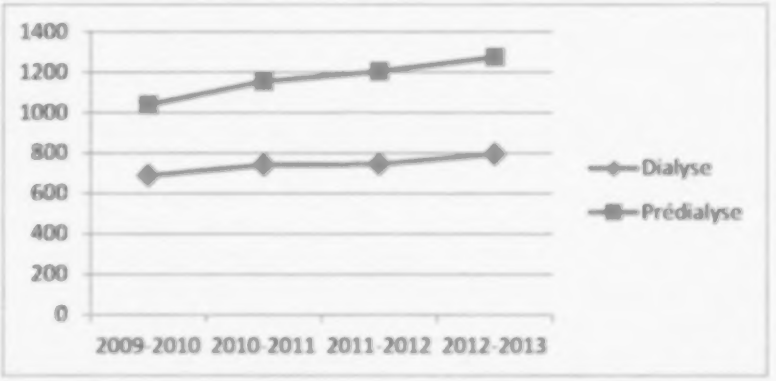


FIGURE 4
Évolution du nombre de patients en dialyse et prédialyse en Montérégie

Par ailleurs le Plan d'action régional en suppléance rénale prévoit diverses interventions visant à retarder le plus possible l'entrée en dialyse, de même que l'orientation des usagers vers des modes de dialyses autonomes (dialyse péritonéale et à domicile).

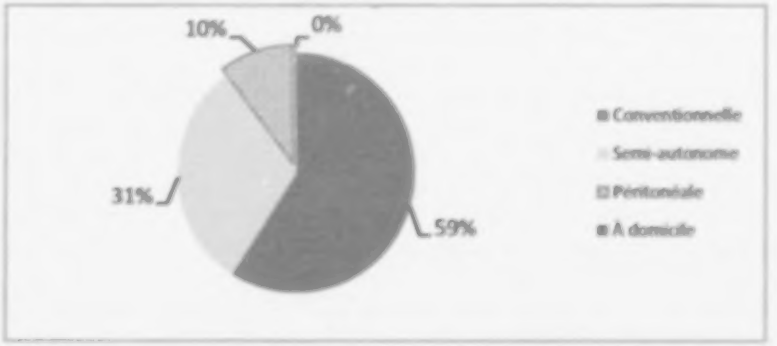


FIGURE 5
Proportion des usagers traités selon les différents types de dialyse

4.2.4 Le CSSS de Vaudreuil-Soulanges : développement des services ambulatoires transitoires

Un nouvel hôpital de 247 lits est prévu pour le RLS de Vaudreuil-Soulanges. En attendant la venue de l'hôpital, le CSSS a reçu l'autorisation du MSSS en mars 2013 pour la location d'espaces permettant le développement des services ambulatoires transitoires (DSAT). Le DSAT accueillera les cliniques externes et assurera le développement de la médecine spécialisée, tel que prévu par le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2010-2015.

Avec le DSAT, le CSSS de Vaudreuil-Soulanges comptera de nouveaux services ambulatoires en santé physique dont des cliniques de consultations spécialisées (dermatologie, obstétrique, pédiatrie, médecine interne, chirurgie générale) en plus d'un service d'échographie et d'un centre d'évaluation et de traitement en soins ambulatoires gériatriques. Ces nouveaux espaces permettront également le réaménagement des locaux actuels du CLSC, favorisant ainsi une organisation optimale des services, notamment pour les volets psychosocial et santé mentale, ainsi que pour le programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Le centre de cliniques spécialisées recevra ses premiers patients en octobre 2014.

Hôpital de Vaudreuil-Soulanges

À la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, un groupe de travail interministériel a été constitué pour l'analyse de sites en vue de l'implantation du futur hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Des représentants du MSSS, du ministère des Affaires municipales, Régionales et de l'Occupation du territoire (MAMROT), du Secrétariat à la région métropolitaine (SRM) et de l'Agence de la Montérégie ont formé un comité de travail et ont échangé sur les constats émis par les différents ministères impliqués dans l'analyse des sites (MAMROT, MSSS, MSP, MDDEP, MRNF, MAPAQ, MTQ), puis les ont partagés avec le CSSS, la MRC de Vaudreuil-Soulanges et la Ville de Vaudreuil-Dorion.

5. RÉSULTATS 2011-2012 : PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET ENTENTE DE GESTION

Cette section du rapport présente les résultats découlant de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence ainsi que les résultats de l'entente de gestion 2012-2013. Ainsi, cette section :

- présente les indicateurs prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 ainsi que les indicateurs du Ministère et de la région retenus au Plan d'action régional 2012-2013 pour la réalisation de la planification stratégique 2010-2015;
- présente également les résultats obtenus pour l'année 2011-2012;
- offre des compléments d'information sur les activités régionales.

L'Agence s'est engagée envers le MSSS à contribuer à la mise en œuvre des dix priorités identifiées par le Ministre pour l'année 2012-2013 :

- l'équilibre budgétaire;
- l'organisation des services;
- les soins de première ligne et de deuxième ligne;
- l'amélioration des saines habitudes de vie;
- poursuivre les actions de développement en matière de cancerla chirurgie et l'accès;
- l'informatisation du réseau – DSQ-DCI-DMÉ;
- l'optimisation des ressources;
- l'information et les obligations de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (Loi 33);
- l'approvisionnement en commun.

Les priorités régionales découlent des priorités ministérielles et de la planification stratégique. Par souci de cohérence, les résultats obtenus pour les objectifs fixés sont regroupés ici selon les six enjeux de la planification stratégique de l'Agence, soient :

- la prévention et la réduction des inégalités;
- les services de première ligne;
- la réduction des délais pour l'accès aux services;
- la qualité et l'innovation; l'attraction, la rétention et la contribution optimale du personnel;
- une gestion performante et imputable.

Légende des tableaux d'indicateurs

PS : Indicateurs du MSSS et de la région retenus au Plan d'action régional 2012-2013.
EG : Indicateurs prévus dans l'entente de gestion 2012-2013.

5.1 ENJEU 1
LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

La direction de santé publique

La prévention et la gestion des maladies chroniques ont retenu notre attention en 2012-2013. Rédigé en collaboration étroite avec la Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels (DAMUPP), le rapport de la directrice, édition 2012, intitulé « Une première ligne toute tracée pour des générations en santé » a mis de l'avant l'importance de renforcer l'accessibilité aux services de première ligne, de favoriser la collaboration entre les différents professionnels de la santé et de maximiser l'utilisation des ressources. La Journée montérégienne de santé publique (JMSP), qui regroupait des professionnels, gestionnaires, médecins et pharmaciens de tous les RLS de la Montérégie, a été l'occasion de discuter de ces sujets, de prendre connaissance de certaines expériences prometteuses et d'identifier des pistes d'actions concrètes à mettre en œuvre sur chaque territoire, à partir d'un portrait de leur situation actuelle.

Par ailleurs, la direction a poursuivi ses travaux visant à mettre en place les fondements de l'approche municipale intégrée. On constate déjà une augmentation des liens entre les CSSS, la DSP et les acteurs du monde municipal et cette tendance se concrétise dans le premier suivi des indicateurs du PAR et des PAL.

Planification, évaluation et recherche

En 2013, la DSP s'est vue confier le mandat d'évaluation-recherche à l'égard de l'amélioration continue de l'offre de service en Montérégie. L'expertise du secteur planification, évaluation et recherche permet d'ores et déjà de relever le défi et de soutenir les acteurs concernés dans la réalisation de différents projets. Ainsi, des projets de recherche sont actuellement en cours et portent sur différentes problématiques.

Surveillance de l'état de santé de la population et les programmes enfance-jeunesse et adultes-personnes âgées

Plusieurs projets issus d'une étroite collaboration avec le secteur de surveillance et le secteur promotion-prévention ont vu le jour ou se sont consolidés au cours de la dernière année.

Ainsi, les travaux concernant l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE) qu'on nomme en Montérégie « le projet COLIBRI : Donner des ailes à leur réussite » et l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2010-2011) ont débuté. Le projet COLIBRI vise à favoriser le développement optimal des jeunes enfants, à mieux les préparer pour leur entrée au premier cycle du primaire et, par conséquent, à favoriser leur réussite éducative et sociale. Il fera l'objet du prochain rapport de la directrice en documentant les déterminants et les pratiques efficaces et prometteuses pour le développement de l'enfant. En ce qui concerne l'EQSJS, les travaux visant à produire des fascicules portant sur différentes thématiques en lien avec l'approche École en santé ainsi que des portraits distincts pour chaque territoire de RLS sont en cours. Elle permettra également de diffuser des données récentes sur les habitudes de vie et la santé physique, mentale et psychosociale des jeunes du secondaire, de soutenir les intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation dans l'exercice de leur rôle de planification concertée ainsi que de faire connaître les interventions efficaces.

Finalement, deux projets débutés les années précédentes ont vraiment connu un essor important au cours de la dernière année. Ainsi, la démarche d'évaluation d'impact sur la santé a été réalisée avec trois municipalités alors que deux autres ont amorcé leurs travaux. Cette démarche effectuée par une équipe multidisciplinaire de professionnels de santé publique et validée par des membres de la communauté concernée permet d'apporter des recommandations aux décideurs municipaux afin de maximiser les effets positifs de leur politique ou projet, d'en atténuer les répercussions potentiellement négatives et de réduire les inégalités de santé. Par ailleurs, l'outil Indicateurs de

développement des communautés (IDC), qui vise à identifier et décrire les communautés d'appartenance (ou locales), à l'intérieur des territoires administratifs (municipalités, CSSS, MRC, etc.) a été largement utilisé sur le territoire montérégien. À ce jour, neuf CSSS sur onze ont complété le processus d'identification des communautés locales.

Programme santé au travail

L'année 2012-2013 a été marquée par une collaboration étroite entre l'équipe régionale de santé au travail et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) afin d'élaborer différents programmes de santé sectoriels tel que préconisé par la Loi sur la santé et la sécurité au travail. L'équipe de santé au travail continue également de s'investir dans divers projets régionaux avec les CSSS, comme le projet de manutention pour réduire les risques de troubles musculosquelettiques (TMS) dans les entreprises ou encore le projet de réduction du bruit dans les entreprises où les niveaux de bruit sont excessifs.

Programme maladies transmissibles

L'année 2012-2013 a été l'occasion d'implanter dans la région un nouveau système informatisé pour la gestion des produits immunisants. Le déploiement du système a permis de moderniser les processus de gestion des vaccins dans les CSSS de la région. Ces processus visent à maintenir la qualité des produits immunisants tout au long de la chaîne de distribution. Le système permet une gestion optimale des inventaires et une meilleure traçabilité des vaccins administrés.

La hausse des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) demeure une préoccupation constante dans la région, et l'année 2012-2013 aura permis de produire un Plan d'action régional pour prévenir les ITSS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), en collaboration avec les partenaires des CSSS, des organismes communautaires et des milieux de socialisation pour HARSAH de la région.

Orientation 1.1 : Agir de façon concertée sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Axe d'intervention : Prévention dans les continuums de services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.20 PS et EG	Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	85 %	**85 %**	**89 %**	s. o.	s. o.	
1.01.21 PS et EG	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	85 %	**80 %**	**83 %**	s. o.	s. o.	
1.01.13 EG	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	s. o.	**40 %**	**50,8 %**	Aug.	36 %	
1.01.14 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	s. o.	**85 %**	**83,9 %**	Aug.	86 %	On constate une amélioration de près de 3 % pour les deux indicateurs (1.01.15 et 1.01.16.01) Un projet pilote ayant débuté en 2011, ciblant l'optimisation des services en vaccination 0-5 ans en Montérégie, permettra de revoir l'organisation des services pour la vaccination dans les CSSS et ainsi améliorer la proportion d'enfants vaccinés dans les délais prescrits.
1.01.15 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	s. o.	**85 %**	**63,7 %**	Aug.	61 %	
1.01.16.01 EG	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	s. o.	**85 %**	**63,9 %**	s. o.	61 %	Le rapport 2014 de la directrice de santé publique portera sur la vaccination. Le rapport vise plusieurs objectifs qui devraient permettre d'augmenter la couverture vaccinale ainsi que les indicateurs portant sur les délais de vaccination.

5.2 ENJEU 2
LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

5.2.1 Services généraux de première ligne

La planification stratégique de l'Agence, Partenaires pour l'amélioration mise, entre autres, sur une 1re ligne forte et sur l'importance de travailler ensemble pour que la prise en charge devienne une priorité, une volonté commune et une concertation de tous les milieux.

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre qui sévit partout au Québec, il est nécessaire de repenser les façons de pratiquer et de créer des liens entre tous les intervenants du réseau pour assurer une prise en charge populationnelle adéquate.

Ainsi, l'accueil clinique, qui repose sur l'organisation des soins et la collaboration interprofessionnelle, constitue l'une des clefs de la réussite pour assurer à la clientèle un accès rapide à des soins et à des traitements spécialisés.

L'organisation des soins dans chaque CSSS doit assurer aux clientèles une plus grande accessibilité aux services diagnostiques et aux services de médecine spécialisée. Cette organisation doit garantir une continuité des soins entre le médecin de famille et les ressources spécialisées de même qu'une meilleure fluidité de l'information. De plus, le mode d'organisation en groupe de médecine de famille (GMF) ainsi que l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de 1re ligne sont des mesures visant à permettre un meilleur accès à la prise en charge et au suivi de la clientèle.

Info-Santé

Le service régional Info-Santé est l'un de ceux, avec Montréal, qui reçoit le plus grand nombre d'appels téléphoniques. Pour l'année 2012-2013, la centrale a répondu à un total de 282 739 appels comparativement à 305 949 appels en 2011-2012 ce qui représente une moyenne de 1000 appels par jour pour notre région, en support clinique à la population. Le délai d'attente moyen en 2012-2013 était de 5 min. 11 sec. par rapport à 4 min. 38 sec. en 2011-2012.

Il est important de mentionner que seulement 3 % des cas sont référés aux urgences des hôpitaux. La nature de la majorité des appels concerne des problématiques liées aux jeunes familles ou aux futures mamans et représente 35 % des interventions effectuées. Plus précisément, 10 à 15 % des demandes sont relatives à des problèmes gastro-intestinaux et respiratoires (incluant la grippe).

Groupes de médecin de famille (GMF)

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant au sein de plusieurs territoires de la Montérégie. La collaboration médecin-infirmière présente en GMF soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle. Avec 38 GMF, la Montérégie est la région qui en compte le plus au Québec. De plus, de nouveaux projets GMF verront le jour au cours de la prochaine année.

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS)

Les IPS commencent à se déployer au Québec. Dans son plan 2010-2013, le MSSS a accordé 34 IPS à la Montérégie, qui devrait en compter 94 d'ici 2018. Actuellement, 17 IPS sont déjà en poste dans la région.

Services spécialisés

Le plan quinquennal des effectifs médicaux spécialisés 2010-2015 prévoit l'arrivée de 240 nouveaux médecins spécialistes. Cet important ajout de forces vives au sein des établissements de la Montérégie favorisera un meilleur accès aux différents services spécialisés de proximité pour la population montérégienne.

Périnatalité – Services de sages-femmes en Montérégie

Le projet de services de sages-femmes du CSSS Haut-Richelieu–Rouville a vu le jour avec des services de sages-femmes à domicile, en milieu hospitalier et en maison de naissance. Depuis octobre 2012, une première maison de naissance a ouvert ses portes. Six sages-femmes sont en fonction et assurent le suivi de 250 patientes. On prévoit y réaliser 130 accouchements par année.

Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.09.25 PS et EG	Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	40	**37**	**38**	37	36	
1.09.26 PS	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en Groupe de médecine de famille (ou équivalent)	70 %		**46,6 %***	s. o.	s. o.	* Résultat en date de janvier 2013
1.09.27 PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70 %		**56,6 %***	s. o.	56 %	* Résultat en date de janvier 2013
3.07 PS et EG	Nombre d'IPS en soins de 1re ligne titularisées et offrant des services de 1re ligne	58 en 2014-2015 94 en 2017-2018	**34**	**17**	12	13	Certains territoires de la région font face à des défis en termes de recrutement. Les perspectives pour 2013-2014 sont encourageantes.
PS	Adoption d'un cadre de référence régional pour l'intégration des IPS dans le réseau montérégien	oui		**	*	**	* Élaborer le cadre de référence ** Cadre de référence en élaboration Date initiale (2015) devancée en 04/2012 pour 2013.
PS	Pourcentage d'installations (établissements, GMF et cliniques-réseau) ayant adopté au moins une ordonnance collective	100 %	**90 % (45/50)**	**90 %**	70 % (35/50)	70 % (35/50)	
PS	Modalités de collaboration établies entre le CSSS et le médecin responsable des GMF et des cliniques-réseau	80 %	**55 % (6/11)**	**55 % (6/11)**	64 % (7/11)*	45 % (5/11)*	* Suite à la fusion de HCLM et du CSSS Champlain.

Orientation 2.1 : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne

Axe d'intervention : Services psychosociaux généraux

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.02.04 PS et EG	Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90 %	**83 % (sans 24/7)**	**79,9 %**	s. o.	80 % (sans 24/7)	Le résultat obtenu en 2012-2013 s'est légèrement amélioré par rapport à celui de l'année précédente.
1.02.05 PS et EG	Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	100 % (selon financement)	*	*	n. d.	0 % (aucun financement)	* 1 intervenant par quart de travail.

5.2.2 Clientèles ayant des besoins particuliers

Jeunes en difficulté

L'année 2012-2013 a été marquée par l'annonce d'un montant de 10 M$ au Québec, dont 1 849 744 $ pour la Montérégie, destiné à l'implantation et la mise en œuvre d'un programme d'intervention en négligence sous la responsabilité des CSSS et en concordance avec les orientations décrites dans l'offre de service Jeunes en difficulté 2007-2015.

Grâce à cette allocation, les 10 autres CSSS se sont joints au CSSS La Pommeraie pour déployer le programme « Je tisse des liens gagnants ». Ce programme comprend cinq volets d'intervention à l'intention des enfants et des familles vivant des contextes de négligence.

Différents outils ont été développés, dont un guide d'implantation, un modèle d'entente tripartite CSSS-CJ-Organisme communautaire.

Un bilan de l'offre de service Jeunes en difficulté 2007-2015 du MSSS a été présenté lors d'une rencontre régionale à laquelle étaient invités les CSSS, le CJM et les partenaires des établissements régionaux. La Montérégie fait figure de proue dans le développement et le déploiement de programmes adaptés aux besoins de la clientèle avec le programme CAFE, les équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ), le Plan de services individualisés (PSI).

Deuxième ligne

Par ailleurs, le Centre jeunesse de la Montérégie a accusé une augmentation de 9,2 % des signalements reçus par rapport à l'an dernier. Les efforts déployés ont permis de déployer des ressources pour évaluer la situation des jeunes plus tôt dans le processus, contribuant ainsi à une légère baisse de 9,3 % des signalements retenus. L'ensemble des mesures a permis de diminuer la liste d'attente de 476 au 1er avril 2012 à 90 au 31 mars 2013.

Parmi les 16 centres jeunesse du Québec, celui de la Montérégie est celui qui dessert le plus grand bassin de jeunes de 0 à 17 ans.

Santé mentale

Les établissements poursuivent le développement des services de 1re ligne de santé mentale en consolidant leurs équipes et en améliorant l'efficacité du guichet d'accès de même que l'accessibilité. Ainsi, les modes de pratique ont été revus par certains CSSS, ce qui leur a permis d'améliorer la qualité de l'offre de service et d'atteindre plusieurs objectifs au cours de l'année 2012-2013.

L'accès aux services de 1re ligne en santé mentale s'est grandement amélioré en 2012-2013. Le nombre d'usagers rejoints a atteint 1 169 personnes de plus qu'en 2011-2012, soit une augmentation de 8,7 % en tenant compte du facteur de correction concernant le professionnel répondant. Le taux d'atteinte de l'engagement est de 118,9 %.

Dépendances

Au cours de l'année 2012-2013, le déploiement de l'offre de service en dépendances s'est poursuivi conformément aux orientations ministérielles 2007-2012 et au bilan montérégien 2007-2011. Le degré d'implantation de ces orientations a été évalué cette année selon :

- la détection et l'orientation vers des services appropriés;
- l'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation;
- le suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé.

Ce portrait a permis d'identifier les zones d'améliorations potentielles dans le but de bonifier l'offre de service en dépendances pour la région. Deux trajectoires de services, une pour les jeunes, l'autre pour la clientèle adulte, ont été réalisées.

Le déploiement du modèle d'évaluation GAIN (*Global Appraisal Individual Need*) se poursuit afin d'optimiser le processus d'évaluation en dépendances en centre de réadaptation. Les équipes de liaison en place au CSSS Pierre-Boucher et au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, en lien avec le CRD Le Virage, s'avèrent toujours efficaces.

Services de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux – Info-Social

Les efforts se poursuivent pour atteindre la cible de 90 % de réponse aux appels dans un délai de quatre minutes ou moins au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux. Les résultats obtenus en 2012-2013 sont demeurés sensiblement les mêmes que l'année précédente.

Réfugiés – Une passerelle vers un avenir en santé

Les trois CSSS désignés, soit le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, le CSSS Richelieu-Yamaska et le CSSS de la Haute-Yamaska, ont amorcé l'implantation des orientations ministérielles, Une passerelle vers un avenir en santé, concernant l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés. Le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles établit chaque année un nombre de réfugiés par région. Ces réfugiés, pris en charge par l'état ou parrainés, peuvent maintenant bénéficier d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

L'objectif a été atteint à 100 % pour l'indicateur 1.02.06 retenu par le MSSS et retenu dans l'entente de gestion 2012-2013 concernant le nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés arrivés.

Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.09.39 PS	Pourcentage des territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation (projet d'intervention systématique auprès des grands consommateurs MPOC)*	s. o.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.*	s. o.**	En novembre 2012, l'Agence a déposé un cadre de référence régional pour l'implantation d'une trajectoire de services en maladies chroniques (volet diabète). Un projet d'optimisation sous-régional en gestion intégrée de la clientèle MPOC est soutenu par l'Agence. * Fiche de l'indicateur non disponible ½ journée de formation sur l'autogestion des maladies chroniques dispensée à l'automne 2013.
1.09.40 PS	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures*	70 %	**n. d.**	**n. d.**	n. d.**	n. d.***	* Fiche de l'indicateur non disponible ** Élaborer un plan d'action afin d'améliorer l'accessibilité aux services. *** L'Agence est en attente des résultats du projet pilote provincial et des orientations du MSSS avant de mettre en place un système de suivi. Nous ne disposons pas d'outils permettant de mesurer l'indicateur qui est en expérimentation. Aucune cible n'est requise pour 2013; cible non disponible pour 2015.
PS	Pourcentage des établissements ayant un projet concret d'amélioration pour le continuum de soins et de services de lutte contre le cancer	50 %	**s. o.**	**s. o.**	25 % (3/11)		En processus de planification en lien avec le nouveau plan directeur de la Direction québécoise de cancérologie. Projet en arrêt temporaire. La poursuite des ateliers dans 6 autres établissements se fera lors de la mise à jour des données par le secteur Appréciation performance.
PS	Atelier de formation continue offert aux médecins de famille, infirmières de GMF et pharmaciens communautaires (diabète, maladies pulmonaires ou cardiaques, santé mentale)	Atelier par RLS annuellement	**11**	**n. d.**	**8**	9	

Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.06.10 PS	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	100 %	**s. o.**		*	**	* Adopter la programmation régionale et les étapes de déploiement. ** Objectif atteint.
1.06.11 PS	Pourcentage des territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	100 %	**100 %**	**100 %**	100 %	100 %	Les services ont débuté à La Pommeraie. Tous les CSSS sont en action, à géométrie variable.
1.06.12 PS	Nombre de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de trois ans à compter de leur prise en charge*	n. d.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.	s. o.	* Fiche de l'indicateur non disponible
1.06.13 PS	Durée moyenne des placements*	n. d.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.	s. o.	* Fiche de l'indicateur non disponible
1.06.14 PS	Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse	Diminution	**s. o.**	**15,8**	n. d.	n. d.	
PS	Nombre d'usagers requérant des services de plus d'un établissement ayant un PSI (jeunes en difficulté)	n. d.			s. o.	s. o.	Remplacer par 2 nouveaux indicateurs : 16.06.01 / 16.06.02 En expérimentation en 2013-2014.
1.07.05 PS et EG	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de 1re ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Augmentation	**Augmentation**	**134**	s. o.	s. o.	À l'automne 2012, les groupes redémarrent auprès des répondants locaux. Gestion de projet à mettre en place. Un groupe de travail a amorcé des travaux sur les indicateurs et outils à utiliser pour le repérage et la détection.

Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.08.05 PS et EG	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (santé mentale)	260* (excluant les OC) Augmentation	**273**	**308**	1438**	273 en établissement Places en OC : n. d.	* 250 places/100 000 adultes. ** Cible 2015 (EGI 2012-2013) : 260 places excluant les organismes communautaires (OC). Pour le soutien d'intensité variable, les CSSS ont obtenu un résultat de 308 places en moyenne par période, soit une augmentation de 12,8 % et un taux d'atteinte de leur engagement de 112,8 %.
1.08.06 PS et EG	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (santé mentale)	700* Augmentation	**700**	**725**	790	677	*100 places/100 000 adultes. Pour le suivi intensif, on observe une augmentation de 7,1 % par rapport à l'an dernier et un taux d'atteinte de l'engagement de 103,6 %.
1.08.09 PS et EG	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC) **Projet régional d'optimisation**	À déterminer	**12 256**	**14 578**	12 256	13 409	Le nombre d'usagers rejoints par les services de 1re ligne en santé mentale a augmenté de façon significative en 2012-2013. Ainsi, en tenant compte du facteur de correction concernant le professionnel répondant, plus de 14 578 personnes ont reçu des services de 1re ligne, soit 1 169 personnes de plus qu'en 2011-2012, pour une augmentation de 8,7 % et un taux d'atteinte de l'engagement de 118,9 %.
PS	Pourcentage des RLS offrant un accès à des services de crise (santé mentale)	100 %			100 %	100 %	Terminé et réalisé à 100 %.

Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.55.04.01 PS	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CSSS)*	n. d.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.	s. o.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
1.55.04.02 PS	Nombre de personnes ayant une déficience physique pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CRDP)*	n. d.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.	s. o.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (déficience physique)	100 %	**100 %**	**100 %**	50 %	n. d.	Complété.
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (déficience physique)	n. d.	**75 %**	**n. d.**	n. d.	n. d.	Ce projet a été financé en partie par le MSSS pour sa réalisation. Le projet débute.
1.55.05.01 PS	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CSSS)*	n. d.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.	s. o.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
1.55.05.02 PS	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED pour qui, dans l'année de référence, un PSI a été coordonné par l'établissement (CRDI)*	n. d.	**n. d.**	**n. d.**	s. o.	s. o.	En attente de directives ministérielles. * Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements ayant implanté des trajectoires de services (DI-TED)	100 %	**100 %**	**100 %**	20 %		Complété.

Orientation 2.2 : Assurer un suivi interdisciplinaire et continu des clientèles ayant des besoins particuliers

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
PS	Taux de conformité des trajectoires locales aux trajectoires régionales (DI-TED)	75 %	**75 %**	**n. d.**	15 %		Ce projet a été financé en partie par le MSSS pour sa réalisation. Le projet débute.

Axe d'intervention : Une passerelle vers un avenir en santé

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.02.06 PS et EG	Nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	s. o.	**100 %**	100 %	s. o.	s. o.	Les 153 réfugiés pris en charge par l'état ou parrainés ont bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique. Nouvelle priorité régionale définie par l'entente de gestion 2012-2013 MSSS-Agence dans les CSSS désignés (Haute-Yamaska, Richelieu-Yamaska, Champlain-Charles-Le Moyne) : 160 réfugiés ont été desservis au 31 mars 2013.

5.2.3 Perte d'autonomie et vieillissement

L'Agence poursuit ses efforts afin d'accroître l'offre globale de soutien à domicile et de maintenir l'intensité des interventions. Ainsi, en 2012-2013, 27 733 personnes en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile alors que le nombre moyen d'interventions par usager était de 28,06 interventions.

Proches aidants

Selon le cadre régional d'allocation Services de répit aux proches aidants, les CSSS ont convenu d'ententes de service avec les organismes communautaires afin de rendre disponibles des services de répit aux proches aidants. En 2012-2013, 133 608 heures de répit à domicile ont été offertes par les organismes communautaires auprès de 969 personnes. Pour sa part, l'organisme Baluchon Alzheimer a permis à 36 familles de bénéficier de 356 jours de « baluchonnage ».

Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015

Des pistes d'action ont été identifiées afin d'élaborer un plan d'action régional à la suite d'une vaste consultation effectuée au printemps 2012 auprès de différents partenaires du réseau de la santé et de l'intersectoriel impliqués auprès des personnes aînées victimes d'abus et de maltraitance.

« L'importance d'agir... tous ensemble, plan d'action régional 2012-2015 pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées » a été élaboré et adopté par différentes instances, dont le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie à l'automne 2012.

Au printemps 2013, une tournée de l'ensemble des tables locales de concertation des aînés a été effectuée afin de présenter les mesures du plan d'action régional.

Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.06 PS et EG	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	70 %	**65 %**	**69,49 %**	62 %	67 %	L'engagement 2012-2013 est atteint à 106,9 %.

Orientation 2.3 : Répondre aux besoins d'une population vieillissante

Axe d'intervention : Adaptation des services

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.03.07 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ) en centre hospitalier	60 %	*	**n. d.**	n. d.	n. d.	Cibles 2012-2013 : Consolider la mise en place des activités du plan régional d'implantation AAPÂ. *Mettre en œuvre les activités du plan régional d'implantation de l'approche adaptée pour la personne âgée en milieu hospitalier identifiées pour l'année 2012-2013.
1.03.09 PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	100 %	**100 %**	**n. d.***	90 %	90 %	*Reddition de comptes annulée
PS	Pourcentage de centres hospitaliers ayant un projet concret d'amélioration visant l'utilisation de l'urgence par les personnes de 75 ans et plus	50 %	**30 %**	**100 %**	20 % (3/11)	100 %	Ce projet est terminé avec une atteinte de 100 % des CH en 2012.
PS	Nombre de centres hospitaliers ayant un programme de maintien de la mobilité fonctionnelle et de la réduction des effets de delirium lors des épisodes de soins	100 %	**60 %**	**100 %**	40 %	90 %	Cible à atteindre au plan régional d'implantation AAPÂ 2012-2013 : Tous les hôpitaux doivent appliquer un programme de marche et de réduction des effets du delirium.

5.2.4 Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie

Politique régionale des mécanismes d'accès à l'hébergement

L'Agence a mis en application les orientations du MSSS à la suite de l'adoption par le MSSS en février 2013 de balises concernant les profils retenus pour l'accessibilité en CHSLD.

Liste d'attente en centres d'hébergement et en ressources non institutionnelles

L'Agence a entrepris l'épuration de sa liste d'attente en hébergement en mars dernier. À ce jour, 73 % des dossiers ont été admis ou fermés pour les usagers ayant plus de deux ans d'attente. Chaque CSSS a été sollicité afin de collaborer à la mise à jour des demandes d'hébergement.

Développement de places en ressources alternatives à l'hébergement institutionnel et en récupération fonctionnelle

Dans le cadre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013, le MSSS a consenti des investissements totalisant 33 925 000 $ en Montérégie pour le développement de 815 places permanentes en alternative à l'hébergement institutionnel et 91 places en récupération fonctionnelle. Les investissements viennent soutenir la planification stratégique de l'Agence en permettant de poursuivre les actions de développement de formules résidentielles et adaptées aux besoins des personnes âgées ayant des incapacités significatives et persistantes en Montérégie.

En 2012-2013, la mise en œuvre du plan a permis de développer 285 places permanentes en alternative à l'hébergement institutionnel destinées majoritairement à la clientèle personnes âgées, ainsi que des places pour les clientèles adultes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou une problématique de santé mentale. Ces nouvelles places permettront d'améliorer l'accès aux ressources d'hébergement et de réduire le temps d'attente pour une place d'hébergement en ressource intermédiaire.

Un plan de mesures transitoires a aussi permis la mise en œuvre de places en ressources temporaires d'hébergement.

Mise en œuvre de la Loi 49

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives [LRR].

L'Agence et les établissements du réseau poursuivent la mise en œuvre de la LRR, notamment en s'appropriant le contenu et l'application des ententes spécifiques ou nationales.

Unités transitoires de récupération fonctionnelle (UTRF)

Le programme UTRF s'adresse aux personnes âgées vulnérables qui, à la suite d'un séjour en milieu hospitalier, présentent des incapacités fonctionnelles qui compromettent leur retour sécuritaire à domicile..

L'UTRF a pour objectif d'offrir des soins adaptés et des services de réadaptation à ces personnes afin de leur permettre de recouvrer un potentiel d'autonomie suffisant pour envisager un retour à domicile ou pour accéder à un type d'hébergement mieux adapté à leur condition.

Avec la poursuite du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013, on compte 73 places supplémentaires en UTRF, dont 13 places développées en 2012-2013. Par cet ajout, la Montérégie bénéficie de 205 places réparties dans 11 installations. En 2012-2013, le programme UTRF a desservi 216 usagers de plus qu'en 2011-2012, soit 1 630 usagers comparativement à 1 414 usagers l'année précédente.

Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif [1]	Résultat	Objectif	Résultat	
1.03.08 PS	Nombre de places **TOTAL** en ressources résidentielles de proximité (tous les programmes-services)	Augmentation	**s. o.**	**6 050**	n. d.	6 475	Nous notons une baisse globale du nombre de places de cet indicateur qui s'explique par un changement au niveau de la méthode de calcul. Avec la venue de la Loi 49, la Montérégie a procédé à une révision des places dans chaque programme service énuméré ci-dessous. Les données de 2012-2013 ont été validées auprès des CSSS. Elles ont servi comme point de départ à la mise en place des ententes de gestion 2013-2014.
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Déficience physique**	Augmentation	**s. o.**	**137**	32	88	Avec la venue de la Loi 49, la Montérégie a procédé à une révision des places qui affecté positivement ce programme service. De plus, le plan de développement en alternative à l'hébergement institutionnel a permis de créer de nouvelles places.

Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif [1]	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.03.08 PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Déficience intellectuelle et TED**	Augmentation	**s. o.**	**1 678**	1 688	1 713	La variation des achats de places explique cet écart.
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Jeunes en difficulté**	Augmentation	**s. o.**	**1 094**	n. d.	1 789	619 ressources ont été retranchées du calcul à la suite d'un changement à la méthode de calcul qui touche les achats de places et les places dans les installations reconnues au permis qui ne sont plus calculées.
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Dépendances**	Augmentation	**s. o.**	**19**	n. d.	19	
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Santé mentale**	Augmentation	**s. o.**	**776**	801	773	La variation des achats de places explique cet écart.
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Santé physique**	Augmentation	**s. o.**	**15**	n. d.	78	Avec la venue de la Loi 49, la Montérégie a procédé à une révision des places qui a affecté négativement ce programme service.
	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité **Perte d'autonomie liée au vieillissement**	Augmentation	**s. o.**	**2 331**	1 294	2 015	Le plan de développement en alternative à l'hébergement institutionnel a permis de créer de nouvelles places permanentes ou provisoires.

[1] L'Agence de la Montérégie n'avait pas d'engagement auprès du MSSS pour la colonne : objectif 2012-2013.

Orientation 2.4 : Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités

Axe d'intervention : Services de soutien à domicile

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.03.05.01 PS et EG	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC) pour les clientèles des programmes PALV, DP, DI et TED	1 679 436	**1 388 691**	**1 523 327**	1 318 493	1 487 919	L'engagement déboursé régional 2012-2013 est atteint à 109,7 %.
PS	Pourcentage des territoires locaux ayant adopté des critères d'accès harmonisés en matière de SAD	100 %	**70 %**		30 %		Temporairement arrêté : en attente de lignes directrices du MSSS.
PS	Pourcentage des CSSS utilisant le progiciel **(projet régional d'optimisation)**	90 %	**70 %**	*	60 %	63 %	La cible de ce projet a été révisée de 90 % à 50 %, par le MSSS en avril 2012. * Réalisation de tests d'expérimentation interopérabilité SyMO et I-CLSC par l'ASSSM et la SOGIQUE. Résultats et recommandations soumis au MSSS.
PS	Pourcentage des établissements régionaux utilisant le progiciel **(projet régional d'optimisation)**	75 % du SAD	**50 %**	*	40 %		* Réalisation de tests d'expérimentation interopérabilité SyMO et I-CLSC par l'ASSSM et la SOGIQUE. Résultats et recommandations soumis au MSSS.

5.3 ENJEU 3
LA RÉDUCTION DES DÉLAIS POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

5.3.1 Les services aux personnes présentant une déficience

L'année 2012-2013 s'est avérée une année de poursuite des travaux mis en œuvre depuis la parution, en juin 2008, du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. L'Agence a procédé au bilan 2012-2013 du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) pour les années 2012-2015.

Déficience physique

Au niveau du programme-services Déficience physique, on observe des améliorations notables du taux de respect des délais au cours de la dernière année, permettant ainsi à un plus grand nombre de personnes de bénéficier des services de 1re et de 2e lignes dans un délai raisonnable.

Des travaux interrégionaux se sont poursuivis, notamment avec le Consortium interrégional de l'Ouest en traumatologie (volet pédiatrique). Depuis la signature du protocole avec la région de Montréal, la Montérégie fait maintenant partie du Consortium interrégional de l'Ouest en traumatologie pour la clientèle adulte ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave.

La collaboration se poursuit avec le Consortium de l'Est, également pour la clientèle adulte ayant un TCC modéré ou grave. Les travaux régionaux pour cette même clientèle suivent leur cours pour le Consortium de la Montérégie.

Déficience intellectuelle

Tout comme pour le programme déficience physique, les résultats aux indicateurs présentent des améliorations considérables.

Les efforts consentis dans ce programme-services ont été orientés vers :

- l'actualisation du cadre de référence régional pour le développement d'un réseau intégré de services DI-TED - à cet effet, un plan régional d'activités visant la mise en œuvre du cadre a été adopté;
- la poursuite des travaux régionaux pour la consolidation des cliniques d'évaluation des troubles envahissants du développement (CÉTED);
- la poursuite des travaux visant la mesure du taux de conformité entre les trajectoires locales et la trajectoire régionale.

D'autres travaux régionaux visent l'ensemble de la clientèle DI-TED et DP, notamment au niveau du programme « Soutien à la famille » ainsi que dans le dossier de l'entente MSSS-MELS, particulièrement en ce qui concerne la transition école-vie active (TEVA).

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.07.04 PS et EG	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	55 %	**55 %**	**63,2 %**	57 %	52 %	
1.45.04.01 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(toutes priorités – CSSS)**	90 %	**90 %**	**91,4 %**	75 %	85 %	
1.45.04.02 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(urgent - CSSS)**	90 %	**90 %**	**78,6 %**	90 %	68 %	
1.45.04.03 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(élevé - CSSS)**	90 %	**90 %**	**93 %**	90 %	87 %	
1.45.04.04 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(modéré - CSSS)**	90 %	**90 %**	**91,8 %**	75 %	92 %	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.45.04.05 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(toutes priorités – CRDP)**	90 %	**90 %**	**98,5 %**	75 %	98 %	
1.45.04.06 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(urgent – CRDP)**	90 %	**90 %**	**0 %***	90 %	0 %	* Deux demandes urgentes ont été répertoriées dans toute la Montérégie, non traitées selon les délais requis (trois jours) en 2011-2012 et influencent toujours ce résultat. Rappelons qu'il s'agit ici d'une erreur de saisie en lien avec la priorisation de la demande (réf. : usager de priorité élevée) et que les usagers ont reçu les services en 6 jours.
1.45.04.07 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(élevé – CRDP)**	90 %	**90 %**	**98 %**	90 %	97 %	
1.45.04.08 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique **(modéré – CRDP)**	90 %	**90 %**	**99,3 %**	75 %	100 %	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.45.45.02 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDITED selon les délais définis comme standards du Plan d'accès **(toutes déficiences, tous âges, URGENT)**	90 %	**90 %**	**74,6 %**	90 %	69 %	Le résultat enregistré en 2012-2013 est meilleur que celui de l'année précédente. La non-atteinte de l'engagement en 2012-2013 s'explique par plusieurs facteurs, notamment : la difficulté à rejoindre les usagers, la priorisation inadéquate de certains usagers (priorisés urgents au lieu de modérés ou élevés). Une sensibilisation est faite auprès des intervenants dans le but de mieux compiler les données.
1.45.45.03 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDITED selon les délais définis comme standards du Plan d'accès **(toutes déficiences, tous âges, ÉLEVÉ)**	90 %	**90 %**	**97 %**	90 %	95 %	
1.45.45.04 PS et EG	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDITED selon les délais définis comme standards du Plan d'accès **(toutes déficiences, tous âges, MODÉRÉ)**	90 %	**90 %**	**87,8 %**	75 %	94 %	
1.45.05.01 PS	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(toutes priorités - CSSS)**	90 %	**90 %**	**92,5 %**	75 %	86 %	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.45.05.02 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(urgent - CSSS)**	90 %	**90 %**	**62,5 %**	90 %	79 %	Le résultat enregistré en 2012-2013 est meilleur que celui de l'année précédente. La non-atteinte de l'engagement en 2012-2013 s'explique par plusieurs facteurs, notamment : la difficulté à rejoindre les usagers, la priorisation inadéquate de certains usagers (priorisés urgents au lieu de modérés ou élevés). Une sensibilisation est faite auprès des intervenants dans le but de mieux compiler les données.
1.45.05.03 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(élevé - CSSS)**	90 %	**90 %**	**87,6 %**	90 %	82 %	
1.45.05.04 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(modéré - CSSS)**	90 %	**90 %**	**93,8 %**	75 %	91 %	
1.45.05.05 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(toutes priorités - CRDITED)**	90 %	**90 %**	**66,7 %***	75 %	80 %	* Impact d'un choix éthique d'un établissement de desservir en priorité des usagers en attente non monitorés par le MSSS (usagers en attente avant la mise en place du plan d'accès)

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.45.05.06 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(urgent - CRDITED)**	90 %	**90 %**	**100 %**	90 %	100 %	
1.45.05.07 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(élevé - CRDITED)**	90 %	**90 %**	**92,9 %**	90 %	94 %	
1.45.05.08 PS	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED **(modéré - CRDITED)**	90 %	**90 %**	**63 %**	75 %	77 %	Impact d'un choix éthique d'un établissement de desservir en priorité des usagers en attente non monitorés par le MSSS (usagers en attente avant la mise en place du plan d'accès)

5.3.2 Les services de médecine et de chirurgie

La coordination des urgences

L'équipe de coordination des urgences de l'Agence a fait un travail de révision des processus et a élaboré un outil d'analyse et de prise de décision intégrant tous les continuums de soins et services. Des visites par le Ministère et l'Agence ont été réalisées auprès de trois CSSS afin de les soutenir dans la mise en œuvre des mesures structurantes et des bonnes pratiques.

Maladies chroniques

Le cadre de référence pour l'implantation d'une trajectoire de services en maladies chroniques a été accepté par toutes les instances, incluant le CA. Les travaux d'implantation de ce cadre de référence se poursuivent. Lors de la Journée montérégienne de santé publique, les CSSS se sont engagés à mettre en place les recommandations proposées, notamment en ce qui concerne la gouvernance locale en maladies chroniques.

Néonatalogie

Nous avons actualisé la mise en place au CSSS Pierre-Boucher d'une offre de services en néonatalogie de niveau 2B en Montérégie, incluant les volets nouveau-né et accouchement de 32 semaines et plus qui seront complétés d'ici juin 2013.

TABLEAU 9
Production chirurgicale

Intervention	2012-2013	2011-2012	Variation	
			Nbre	%
Arthroplasties de la hanche (PTH)	841	830	11	1
Arthroplasties du genou (PTG)	1 445	1 419	26	2
Cataractes	14 993	15 051	-58	-0,39
Chirurgies d'un jour (excluant les cataractes)	34 138	35 162	-1 024	-3
Chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH et PTG)	23 277	24 415	-1 138	-5
TOTAL	**74 694**	**76 877**	**-2 183**	**-3**

Listes d'attente en chirurgie

Des actions concrètes d'intensification de l'accès aux services chirurgicaux ont été faites auprès des CSSS afin d'améliorer les délais d'attente.

L'attente pour les chirurgies hors délais de plus de deux ans a été résorbée et les chirurgies sont planifiées. En chirurgie oncologique, des validations ont été effectuées auprès des établissements afin de mettre à jour les listes d'attente. La cible de 28 jours est en bonne voie d'être atteinte.

Cancérologie

Le leadership de notre région dans le dossier de radio-oncologie a servi de modèle au niveau provincial. Ainsi, depuis juin 2011, des services de radio-oncologie sont disponibles en Montérégie et 100 % des patients référés y reçoivent leurs traitements dans les délais prévus. La mise en place des corridors de service selon les normes du MSSS est en cours, notamment par le biais d'un projet d'entente interrégionale avec les établissements de Montréal.

Une nouvelle gouverne régionale de cancérologie a été instaurée, selon les orientations ministérielles.

En soins palliatifs, 12 nouveaux lits permanents ont été ajoutés dans les maisons de soins palliatifs existantes.

Douleur chronique

Nous poursuivons les travaux afin d'élaborer un plan d'organisation régional en douleur chronique.

Biologie médicale

Les travaux du plan régional du réseau de biologie médicale se poursuivent.

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.07 PS et EG	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90 %	**90 %**	**99,7 %**	Mise en fonction du programme	95,8 %	
1.09.08A PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A	100 %	**99,85 %**	**99,15 %**	99,75 %	99,33 %	
1.09.08B PS et EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B	100 %	**90 %**	**98,49 %**	90 %	99,55 %	
1.09.09A EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie A.	s. o.	**s. o.**	**s. o.**	s. o.	s. o.	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.09B EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie B	s. o.	**s. o.**	**s. o.**	s. o.	s. o.	
1.09.10A EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie A	s. o.	**s. o.**	**s. o.**	s. o.	s. o.	
1.09.10B EG	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie B	s. o.	**s. o.**	**s. o.**	s. o.	s. o.	
1.09.20.01 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90 %	**90 %**	**84 %**	88 %	85,3 %	La hausse des demandes pour une arthroplastie totale de la hanche et pour une arthroplastie totale du genou se maintient depuis les dernières années. Des efforts sont déployés par l'Agence et par les établissements dans le but de réduire les délais d'accès. Notons que plusieurs établissements de la région parviennent très bien à répondre à la demande.
1.09.20.02 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90 %	**90 %**	**77,6 %**	87 %	74,4 %	
1.09.20.03 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	90 %	**90 %**	**95,7 %**	90 %	97,6 %	
1.09.20.04 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	90 %	**90 %**	**90,9 %**	90 %	91,7 %	
1.09.20.05 PS et EG	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	90 %	**90 %**	**94,1 %**	90 %	93,3 %	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.32.01 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie de la hanche	s. o.	**0**	**1**	0	5	
1.09.32.02 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie du genou	s. o.	**0**	**3**	0	6	
1.09.32.03 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	s. o.	**0**	**2**	0	0	
1.09.32.04 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	s. o.	**0**	**240**	0	180	
1.09.32.05 EG	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	s. o.	**0**	**57**	0	41	
1.09.33 PS et EG	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (du calendrier)	90 %	**70 %**	**62,9 %**	70 %	61,5 %	Bien que l'engagement 2012-2013 ne soit pas tout à fait atteint, les établissements sont mobilisés dans le but de réaliser ces chirurgies à 90 % en moins de 28 jours, tel que prévu pour l'année 2014-2015. Des mesures de suivi particulières ont été amorcées afin d'atteindre la cible de 90 %.
1.09.34 EG	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie		*		s. o.		* Démarche avec les fournisseurs pour adapter le système d'information.
1.09.35 EG	Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins		*		s. o.		
1.09.36 EG	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale		*		s. o.		

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Médecine et chirurgie

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.09.37 EG	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins		*		s. o.		* Démarche avec les fournisseurs pour adapter le système d'information.

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.09.01 PS et EG	Séjour moyen sur civière (durée)	12	**12**	**19,71**	12	18,06	Malgré les initiatives mises en place (poursuite des projets *LEAN* à l'urgence et dans les centres hospitaliers, poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée, réorientation des cas non urgents (P4 et P5) vers les cliniques médicales), plusieurs établissements de la Montérégie ont connu une détérioration de leurs résultats. Des difficultés liées aux épisodes d'infections nosocomiales ainsi que celles liées aux éclosions saisonnières, l'augmentation du nombre de patients en fin de soins actifs et le défi de l'organisation de la 1re ligne demeurent des obstacles à l'atteinte des engagements.
1.09.02 EG	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	s. o.	**19,20**	**26,01**	19,20	23,22	
1.09.03 PS et EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	0 %	**0 %**	**7,8 %**	0 %	5,5 %	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Urgences

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.04 EG	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	s. o.	**7,6 %**	**14,1 %**	7,6 %	9,8 %	
1.09.31 PS et EG	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	15 %	**15 %**	**31,22 %**	15 %	28,16 %	
PS	Définition des dessertes ambulancières et des critères d'orientation	100 %	**75 %**	**n. d.***	40 $	50 %	* Présentation pour approbation finale au DSPH complétée. Outils transmis aux CSSS. Stratégie de déploiement à revoir et un engagement des établissements est requis, notamment en situation de changement de leadership des CSSS. Suivi en cours de l'utilisation des outils (dépliant d'information et outil d'aide à la décision) auprès des CSSS.

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Urgences (désencombrement)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
4.01.01 PS	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée par CH	s. o.	**3**	**5,1**	3	4,1	

Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Urgences (désencombrement)

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
4.01.02 PS	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	s. o.	3	1,2	3	0,9	
4.01.03 PS	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	s. o.	3	2,2	3	1,8	
4.01.04 PS	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	s. o.	3	2,2	3	1,8	
4.01.05 PS	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	s. o.	3	8,2	3	6,4	
4.01.06 PS	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	s. o.	3	1,1	3	1,3	
4.01.07 PS	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	s. o.	3	1,7	3	1,4	
4.01.08 PS	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	s. o.	4,99 %	6,62 %	4,99 %	6,89 %	

5.3.3 Santé mentale

Les efforts déployés par l'ensemble des CSSS de la Montérégie ont permis plusieurs améliorations. On constate, à la lumière des résultats de l'année 2012-2013, que notre offre de service est en constante évolution. Le défi demeure le développement de l'offre de service en suivi intensif offert par les CSSS ainsi que celle du suivi d'intensité variable offert par les organismes communautaires.

En ce qui concerne le suivi intensif pour des adultes ayant des troubles mentaux graves, on note une progression constante au cours des quatre dernières années. On note d'ailleurs une augmentation de 7,1 % en 2012-2013 par rapport à l'année précédente.

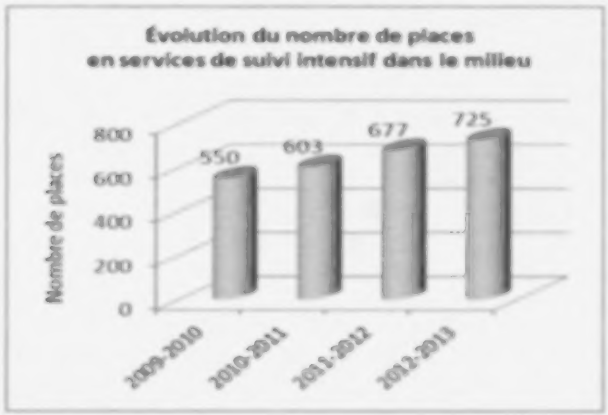
Pour le soutien d'intensité variable, la consolidation des équipes a permis aux onze organismes communautaires de rejoindre, en moyenne, 662 usagers par période. Pour leur part, les CSSS ont obtenu en 2012-2013 un résultat de 308 places en moyenne par période, soit une augmentation de 12,8 % et un taux d'atteinte de leur engagement de 112,8 %.

En ce qui concerne le séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale, on note pour l'année 2012-2013 une légère détérioration. La durée moyenne de séjour est passée de 17,06 à 20,24 heures, soit une augmentation de près de 19 %. Ainsi, bien que l'objectif de 16 heures n'ait pas été atteint, les efforts déployés par les établissements n'ont pas eu d'impacts tangibles pour les patients.

Par ailleurs, le nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e et 3e lignes en santé mentale est supérieur à 60 jours est de 484 seulement, soit une diminution de 33 % par rapport à 2011-2012.

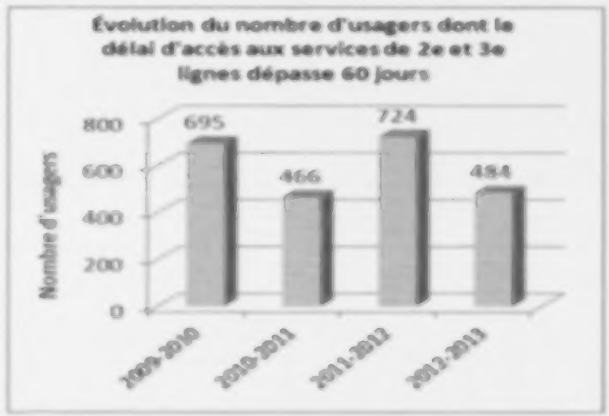
GRAPHIQUE 2

Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux graves



GRAPHIQUE 3

Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours



Orientation 3.1 : Assurer l'accès aux services dans les délais acceptables

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
1.09.38 PS	Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille (PASS)*	s. o.	**s. o.**	**s. o.**	s. o.	s. o.	* Fiche de l'indicateur non disponible
PS	Pourcentage des établissements visés par des ententes formelles avec les différents RUIS en fonction des critères d'accessibilité, de continuité et en prenant en compte les corridors traditionnels	100 %	**80 %**	**90 % (10/11)**	60 %	27 % (3/11)	Plusieurs ententes signées dans le cadre de la traumatologie.

5.4 ENJEU 4
LA QUALITÉ ET L'INNOVATION

5.4.1 Innovation en perte d'autonomie et vieillissement

Projets novateurs d'hébergement alternatif

Le réseau clinico-administratif (RCA) personnes âgées a réalisé des travaux pour documenter les expériences d'hébergement alternatif novateur en tenant compte des données probantes, ainsi que des points de vue des personnes âgées et des intervenants.

Les travaux actuels seront finalisés en juin 2013, et visent à identifier de nouveaux modes de partenariat entre les résidences pour aînés et le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, des balises sont proposées quant à la prise en charge conjointe de personnes âgées par les résidences privées pour aînés (RPA) et les CSSS afin de leur permettre de demeurer dans leur RPA même avec une perte d'autonomie (modérée à sévère).

5.4.2 Qualité des soins et services

L'Agence a pour mandat de coordonner et de soutenir les établissements afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins et services aux usagers. À cette fin, diverses actions sont réalisées afin de maintenir et d'améliorer la qualité des soins et services dispensés.

Visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie

En 2012-2013, sous l'égide du MSSS, l'Agence a participé aux visites d'appréciation de neuf installations, soit huit centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et une ressource intermédiaire (RI) pour la clientèle en déficience intellectuelle (DI).

Ces visites ont pour objectif d'évaluer la qualité du milieu de vie des résidents et de permettre à l'établissement d'établir un plan d'amélioration visant tant le milieu de vie que la qualité des services. Toutes ces visites font l'objet d'un plan d'amélioration.

Par ailleurs, l'Agence assure le suivi de 28 plans d'amélioration en CHSLD, et ce, en suivi aux visites ministérielles réalisées depuis 2007.

Agrément des établissements

L'agrément est la reconnaissance, par une autorité externe approuvée par le MSSS, qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques et en fonction d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement.

Comme prescrit par la LSSSS, tous les établissements ont sollicité l'agrément de leurs services de santé et des services sociaux auprès de l'un des deux organismes d'agrément reconnus par le Ministère, soit le Conseil québécois d'agrément (CQA) ou Agrément Canada (AC) ou le programme conjoint AC-CQA.

Certification – Ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique

Le processus de certification permet de favoriser une prestation de services de qualité auprès des personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu pathologique et d'amorcer un processus d'amélioration continue de la qualité et de la recherche de l'excellence. Sur les 13 ressources, on compte actuellement 11 ressources certifiées et 2 sont en processus de certification. L'Agence a émis sept certificats de conformité en cours d'année.

Comités des usagers et comités des résidents

L'année 2012-2013 a été une année de suivi auprès des comités des usagers et de résidents. Rappelons que le rôle de l'Agence s'inscrit dans le cadre de ses obligations légales plus particulièrement liées à l'article 343 de la LSSSS qui est de veiller à la mise en œuvre des mécanismes de participation de la population prévus par la loi, telle la formation des comités des usagers.

À la demande du MSSS, l'Agence procède annuellement à une reddition de comptes auprès des comités d'usagers de nos établissements concernant les surplus budgétaires accumulés.

Curateur public

L'Agence agit à titre de répondante auprès du MSSS pour des questions relatives à la qualité des services offerts par les établissements de la Montérégie à l'égard des personnes sous la protection du Curateur public. Elle est aussi l'interlocutrice privilégiée des personnes ressources dans les établissements de la Montérégie, ainsi que la répondante du Curateur public pour les questions de procédures applicables aux établissements.

Depuis plusieurs années, le Curateur public propose aux personnes ressources du réseau de la santé et des services sociaux des séances de formation en matière de protection des personnes inaptes. Ces sessions de formation se poursuivront auprès des personnes ressources des établissements.

Programmes de prévention sur la sécurité des soins et des services

Le Programme de formation sur l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) vise l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins à la clientèle lors de leur passage en natalité. Ce programme de priorité nationale a débuté en 2008 dans tous les établissements offrant un service d'obstétrique. Plusieurs CSSS du territoire ont maintenant complété le programme de trois années.

Le Programme de formation sur les facteurs humains relatif à la sécurité des patients est toujours actif. Le but du programme est de sensibiliser les gestionnaires de risques et le personnel soignant des salles d'urgence, des blocs opératoires et des soins intensifs des hôpitaux sur l'importance des facteurs humains dans la prestation sécuritaire des soins. Des formations de 2 jours ont eu lieu durant la dernière année.

Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)

Le SISSS est un système qui rassemble tous les renseignements sur les incidents et les accidents qui surviennent lors de prestation de soins de santé et de services sociaux. L'outil utilisé pour la déclaration des incidents/accidents est le formulaire AH-223.

Depuis le 1er avril 2009, tous les établissements doivent tenir un registre local des incidents/accidents et l'alimenter. Les données recueillies sont analysées et permettent de mettre en place des correctifs afin d'éviter la récurrence des événements indésirables. Ces données locales saisies alimentent également le registre national des incidents/accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS). En 2012-2013, deux rapports nationaux ont été publiés.

Rapport du coroner

Le rôle de l'Agence dans ce dossier est de s'assurer du suivi des recommandations des rapports du coroner qui s'adressent à une ou plusieurs instances du réseau de la santé et des services sociaux du territoire. Elle doit également répondre aux recommandations qui lui sont directement adressées. Un total de 15 rapports de coroner a fait l'objet de suivis en Montérégie en 2012-2013.

Toujours dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, plusieurs rapports du coroner, adressés à des instances dans différentes régions du Québec, ont fait l'objet de correspondance, à titre informatif, avec les établissements de la Montérégie.

Orientation 4.1 : Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.01.19 PS	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis	90 %	**90 %**	**90 %**	90 %	92 %	La non-atteinte des objectifs fixés peut s'expliquer par l'augmentation importante du nombre d'éclosions d'infections à Clostridium difficile (DACD) observés dans l'ensemble de nos hôpitaux au cours des derniers mois. Cette augmentation des taux d'incidence de DACD est la conséquence de l'augmentation des hospitalisations liées à l'influenza et la pneumonie qui a suivi le pic important d'influenza observé en fin décembre et janvier. L'Agence s'est dotée d'un plan d'action régional afin de réduire les infections nosocomiales dans les hôpitaux de son territoire. Ce plan permet d'avoir une perspective globale et de garder bien en vue les activités à maintenir et celles à prioriser par tous les partenaires des différents secteurs d'activités essentiels à la lutte aux infections nosocomiales. De plus, la DSP suit l'évolution de la situation régionale sur une base régulière à l'aide d'un tableau de bord contenant différents indicateurs. Lors de situations d'éclosions, la DSP suit la situation avec les équipes de prévention et contrôle des infections (PCI) et est informée des interventions réalisées localement. Il arrive également que la DSP réalise des visites des établissements afin d'examiner, avec des experts externes en prévention des infections, en pharmacovigilance et en hygiène et salubrité, les mesures en place et les pistes de solution pour contrôler l'éclosion.
1.01.19.1 EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – diarrhées associées au Clostridium difficile	90 %	**90 %**	**80 %**			
1.01.19.2 EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	90 %	**90 %**	**90 %**			
1.01.19.3 EG	Pourcentage des CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	90 %	**90 %**	**80 %**			

Orientation 4.4 : Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	**Résultat**	Objectif	Résultat	
PS	Pourcentage des établissements ayant amorcé des travaux d'implication du DCI **(projet régional d'optimisation)**	s. o.	**Architecture et appel d'offres**	**En cours de réalisation**	*	**	* Procéder à l'appel d'offre et débuter le déploiement ** Le déploiement devrait débuter dans l'année 2013-2014. Lorsque la région obtiendra l'accord officiel pour débuter la réalisation, il faudra 6 ans pour l'implantation de la solution.
PS	Pourcentage des GMF et nombre de cliniques privées où le DME est implanté (dossier régional électronique)	100 % des GMF et la majorité des cliniques privées	**Implantation**	**22 %**	*	**	* Procéder à l'appel d'offre et débuter le déploiement ** Déploiement des DME dans les GMF

5.5 ENJEU 5
L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DU PERSONNEL

Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité de la main-d'œuvre médicale

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
1.09.28 PS	Niveau d'atteinte des PREM (par rapport aux postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions	80 %	s. o.	88 %	80 %	85 %*	* L'année du PREM s'échelonne du 1er décembre 2011 au 30 novembre 2012.
1.09.29 PS	Niveau d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins aux PREM en médecine familiale par catégorie de régions	80 %	s. o.	100 %	100 %	100 %*	* L'année du PREM s'échelonne du 1er décembre 2011 au 30 novembre 2012.
PS	Plan quinquennal* d'effectifs en médecine spécialisée par territoire de RLS et pour l'hôpital Charles-Le Moyne et les établissements régionaux	80 %	70 %	89 %	60 %	100 %	* L'exercice d'une planification quinquennale est nouveau et par le fait même sujet à plusieurs réajustements et modifications. Il est fort probable qu'une révision de cet indicateur, y compris sa cible 14-15, soit faite à la suite de l'année 1 du plan.
PS	Plan régional d'effectifs en médecine générale (assurer une répartition équitable de nouveaux médecins de famille dans tous les territoires de la Montérégie)	100 %	70 %	100 %	70 %	75 %	

Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.05.01 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,33 % (diminution de 10 %)	**5,55 %**	**5,87 %**	5,83 %	5,60 %	La diminution du recours à la MOI a eu des répercussions sur les résultats d'heures supplémentaires.
3.05.02 PS et EG	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel réseau	3,37 % (diminution de 10 %)	**3,51 %**	**3,62 %**	3,67 %	3,42 %	
3.06.01 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	2,97 % (diminution de 40 %)	**3,74 %**	**4,29 %**	4,88 %	4,45 %	Le résultat 2012-2013 s'est amélioré par rapport à l'an dernier.
3.06.02 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,46 % (diminution de 40 %)	**1,98 %**	**1,87 %**	2,26 %	1,84 %	
3.06.03 PS et EG	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	1,16 % (diminution de 25 %)	**1,30 %**	**1,08 %**	1,71 %	1,12 %	
3.06.04 PS	Pourcentage de cours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,62 % (diminution de 40 %)	**0,80 %**	**1,85 %**	s. o.	s. o.	Le recrutement d'inhalothérapeutes est difficile dans certaines parties de la région.
3.08 PS et EG	Pourcentage des établissements et des agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	**100 %**	**95 %**	100 %	100 %	
3.09 PS et EG	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	**100 %**	**94,4 %**	100 %	94 %	La cible devrait être atteinte en 2014-2015.

Orientation 5.1 : Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée

Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Mise en œuvre de la stratégie (pour mettre en place un processus régional d'identification des titres d'emploi en vulnérabilité et déployer une stratégie régionale pour augmenter la visibilité et l'attraction)	Oui			Oui		Travaux en continu.

Orientation 5.2 : Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.01 PS et EG	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,31 %* (diminution de 7,1 %)	**5,45 %**	**6,49 %**	5,51 %	6,15 %	* Engagement revu suite aux révisions demandées par les DG des établissements (automne 2011). Les résultats démontrent une régression des acquis principalement due aux absences liées aux problèmes de santé mentale. Par ailleurs, la répartition des causes (santé mentale vs santé physique) est demeurée la même. Cette situation est partagée par une majorité d'établissements dans la province. Un comité régional a été mis en place entre les DRH (directions des ressources humaines) et les responsables SST (santé et sécurité au travail) afin d'élaborer un plan d'action d'ici septembre 2013.

Orientation 5.2 : Offrir des conditions de travail et de pratique attractives et valorisantes

Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.10 PS	Pourcentage des établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – volet préceptorat	100 %	**100 %**	**100 %**	100 %	100 %	
PS	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	100 %	**100 %**	**100 %**	n. d.	n. d.	Le projet est implanté dans les établissements.

Orientation 5.3 : Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
3.11 PS	Pourcentage des cadres supérieurs admis au programme de relève des hors-cadre sur la cible fixée	Déterminer annuellement	*	*	n. d.	n. d.	* En attente des directives ministérielles.
3.12 PS	Pourcentage des projets réalisés au plan 2010-2012 sur l'amélioration des conditions d'exercice et de soutien de cadres	100 %	**100 % (2/2)**	**100 %**	s. o.	s. o.	
3.13 PS et EG	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	50 %	**31 %**	**61 %**	10 %	42 %	Les onze CSSS ont complété les formulaires requis par le réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Un établissement régional est en processus.
3.14 PS et EG	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	**100 %**	**100 %**	100 %	97 %	

Orientation 5.3 : Soutenir le renouvellement du personnel d'encadrement et l'évolution des pratiques de management

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Pourcentage des gestionnaires qui pilotent des projets ayant participé au programme de formation	75 %	n. d.	95 %	*		* 18 sur 19 cadres suivent actuellement le micro-programme 2e cycle – gestion de la performance dans le système de santé. Fin prévue : juin 2013.
PS	Nombre de professionnels admis au programme régional de relève des cadres intermédiaires : 50 annuellement	Déterminer annuellement	50/an	52	*		* À déterminer selon les résultats des travaux.
PS	Nombre de personnes qui ont accédé à un poste de cadre	Déterminer annuellement	n. d.	3	*		* Nomination de 3 cadres supérieurs des 5 mentorés de l'exercice 2011-2012.

5.6 ENJEU 6
UNE GESTION PERFORMANTE ET IMPUTABLE

Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Adoption des orientations concernant les achats regroupés et la standardisation de la radiologie numérique (PACS), du SIP, du DME et des ordinateurs personnels **(projet régional d'optimisation)**	s. o.			*	**	* Déploiement complet des systèmes PACS, SIP. Déploiement partiel du DME. ** Travaux en cours 2012.
PS	Analyses du *benchmarking* (intégrer les données sur le suivi financier et la productivité au modèle d'appréciation de la performance utilisé dans la région)	Analyses disponibles pour les 10 CH	**s. o.**	**3 CH visités**	n. d.		Travail réalisé en continu avec les secteurs qui le requièrent. Des analyses de la performance hospitalière sont réalisées pour chacun des 10 hôpitaux de la région et sont en cours de diffusion.

Orientation 6.1 : Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux

Axe d'intervention : Performance

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PS	Identification et réalisation de portraits d'appréciation de la performance sur une base annuelle[1]	1 ou 2 portraits/an	*	**			* Poursuite des travaux PALV (s/ensemble hébergement et MAJ des productions antérieurs). Continuum santé mentale (selon priorités) ** Travaux PALV : trajectoire à l'urgence (2e phase), tableau de bord optimisation, performance hospitalière, diabète phase 2, soutien dossier santé mentale.
PS	Production et diffusion des rapports de performance[1]	Selon les portraits réalisés	*	**			* Diffusion rapports MPOC, PALV (volet MAJ). Santé mentale (si priorisé) ** Diffusion rapports impact démographique – volet SAD PALV, trajectoire à l'urgence, évolution diabète... via l'Extranet et soutien aux utilisateurs

1 Le secteur réalise en continu des travaux d'appréciation de la performance. Les dossiers sont d'envergure différente selon les besoins de l'Agence et peuvent s'échelonner sur plusieurs mois. En 2012-2013, les travaux se sont concentrés sur le programme PALV, la trajectoire à l'urgence (phase II), l'évolution du diabète et le dossier de l'impact de la croissance démographique sur les activités hospitalières et le SAD-PALV. Le dossier Santé mentale a été amorcé sous l'angle d'un portrait régional fait en collaboration avec la DOS. Tous les dossiers que nous réalisons sont diffusés auprès des demandeurs et utilisateurs (direction générale, DOS et autres secteurs de l'Agence ou les établissements demandeurs). Un soutien à l'interprétation et à l'utilisation des informations est toujours rendu disponible au besoin. Nous prévoyons faire le lancement de l'ensemble de nos rapports et analyses sur l'Extranet au printemps 2013.

Code	Indicateur	2010-2015 Cible	2012-2013		2011-2012		Commentaires
			Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
PROJETS D'OPTIMISATION RÉGIONAUX							
PS	Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour le **SIIATH**	100 %	**100 %**	**Terminé**	100 %	*	* En cours de réalisation; échéance mars 2012.
	Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour les **Salles de traitement (regroupement des CTI)**	100 %	*		**	***	* Sélection du scénario de mise en place et élaboration d'un appel d'offre. ** Approuver le plan d'affaires. *** En cours de réalisation; échéance juin 2012.
	Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour le **DCI**	100 %	*		**	***	* Amorce d'architecture pour pouvoir effectuer l'appel d'offre régional. ** Procéder à l'analyse détaillée et débuter l'ouverture du système. Débuter l'appel d'offres. *** Plan d'affaires adopté par les établissements et déposé au MSSS.
	Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour **Lotus Notes**	100 %	*		**	***	* Les suites dépendent de l'appel d'offres provincial. Échéance mars 2013. ** Finaliser le plan d'affaires. *** En élaboration; échéance février 2012.
	Adoption des orientations pour la standardisation et le regroupement pour le **SIGDU**	100 %	**100 %**	**Terminé**	100 %	*	* Dossier réalisé sauf pour Jardins-Roussillon prévu en septembre 2012.
PROJET D'OPTIMISATION PROVINCIAL							
	Implantation du bureau de projet régional	100 %	**Réalisé**	**En cours**	1	*	* Bureau de projet implanté à l'Agence. Prévision : Implantation de l'approche et de la méthodologie de gestion de projets dans le cadre des projets régionaux au cours de 2012-2013.

5.7 LES PROJETS D'OPTIMISATION

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Approvisionnement en commun	Participation aux appels d'offres nationaux regroupés et aux appels d'offres régionaux regroupés pour les équipements médicaux ordinaires et spécialisés, certaines fournitures et contrats de services.	• Dossier du regroupement des corporations traité au niveau du Ministère. • Répartition du regroupement des corporations acceptée par le Ministère. • Regroupement réalisé. Approvisionnement Montérégie demeure l'unique corporation à desservir essentiellement la Montérégie.
Clientèle Soutien à domicile (PALV, DP, DI Et TED)	Suivis rigoureux de l'évolution des plans d'action Optimisation SAD longue durée. Plusieurs projets sont en cours dans les onze CSSS. Tenue de quatre réunions du comité directeur et du comité régional de pilotage au cours de l'année financière. Six établissements ont été visités pour des suivis individuels et du soutien. Suivis individuels par conférences téléphoniques pour les CSSS en difficulté d'atteindre leur engagement déboursé.	Selon le résultat de la P13 2012-2013, l'engagement déboursé régional 2012-2013 est atteint à 109,6 %.
Courrier électronique	Préparatoire à la migration : • Épurer les archives des boîtes de courrier électronique sur les postes de travail. • Épurer les boîtes de courrier électronique. • Optimiser le nombre de licences de logiciels. • Normaliser les adresses de courrier électronique (@ssss.gouv.qc.ca). • Inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution. Suivant l'adjudication du contrat : • Participer à l'élaboration du plan régional de migration. • Coordonner la gestion du changement dans la région.	Tous les travaux préparatoires ont été réalisés en vue de la venue de la solution nationale. ÉPURATION : Information publiée au réseau de la région. Un plan est en cours d'élaboration. OPTIMISATION : Opération déjà automatisée dans le réseau. Processus annuel en place et fonctionnel depuis plusieurs années. NORMALISATION : Tous les changements d'adresse de la région ont été effectués. INVENTAIRE : Opération complétée. Un plan de transition est en cours de réalisation pour l'ensemble des applicatifs ciblés. Plan régional déjà élaboré. En attente des directives ministérielles suite à l'adjudication.
Énergie	• Collaboration à l'élaboration et à la mise à jour du cadre de gestion concernant l'efficacité énergétique et mise en application de celle-ci en continu. • Tous les projets d'immobilisation en Montérégie doivent prévoir des études de faisabilité afin d'inclure des programmes d'efficacité énergétique.	Plusieurs projets sont présentement en cours, mais à diverses étapes allant de la planification à la réalisation.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Gestion du parc des postes de travail	**Engagements – Entente de gestion** • Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Access) pour opérer. • Optimiser la gestion du parc des postes de travail par l'utilisation de regroupement d'achats. • Élaborer un plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger. **Actions régionales** Établir les orientations régionales en matière de client léger.	Complètement réalisé. Utilisation des regroupements d'achats en vigueur. Une première version préliminaire du dossier d'affaires est déposée à la région pour discussion. Table de concertation d'architecture régionale en place. L'ensemble des établissements de la région participe à l'élaboration des orientations, normes et standards.
Réduction du temps supplémentaire	Suivi mensuel de l'utilisation du temps supplémentaire par les établissements.	
Regroupement des centres de traitement de données	• Inventorier les centres de traitement de la région qui ont plus de quatre serveurs. • Élaborer le plan d'optimisation pour : – réduire progressivement le nombre de centres de traitement (CTI) dans la région. – optimiser l'utilisation des CTI des centres hospitaliers (CH) déjà en place. – optimiser les investissements récemment consentis. • Identifier la stratégie de continuité de services en maximisant les centres de traitements déjà en place dans les régions. La stratégie de relève devra être précisée et mise en œuvre dans le plan d'optimisation.	Inventaire déjà réalisé et transmis au MSSS. Plan d'affaires préliminaire (pour discussion) déposé auprès du MSSS.
Service info-santé 811	En attente des orientations du MSSS.	• Normes provinciales diffusées. • Plan d'action pour la période estivale est en cours.
Système de paie	Mise sur pied d'un comité de pilotage. Une étude comparative du processus Paie-RH a été effectuée. Nous désirons maintenant démarrer trois chantiers régionaux, pilotés par l'Agence afin d'améliorer la qualité des données primaires au niveau local, de travailler la normalisation et la standardisation des processus du cycle de paie au niveau régional et effectuer la régionalisation du traitement de la paie.	L'étude comparative du processus Paie-RH des établissements de la région a été réalisée par les HEC Montréal. Les résultats ont été présentés à l'ensemble des responsables finances et ressources humaines. Une recommandation d'un projet de régionalisation sera présentée aux directeurs généraux des établissements en mai 2013.

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Téléphonie cellulaire	• Transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) : – État de situation. – Bénéfices. • Inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région.	• Réalisé. • Réalisé.
Téléphonie IP	**Engagements – Entente de gestion** • Maintenir à niveau les 34 systèmes supportés par les manufacturiers. • Remplacer les 16 systèmes téléphoniques désuets. **Actions régionales** • Évaluer les impacts des systèmes en place ainsi que les investissements nécessaires pour la réalisation du projet de regroupement de la téléphonie IP dans la région, et ce, pour chacun des établissements. • Contribuer à l'élaboration d'un plan d'affaires régional pour couvrir les volets d'acquisition, de maintenance et de support des infrastructures de téléphonie. • Élaborer différents scénarios possibles d'optimisation des actifs et des ressources régionaux.	Dépôt du rapport préliminaire sur la situation des établissements de la région. Dossier d'affaires en élaboration et discussion avec l'ensemble des établissements. Élaboration de scénarios potentiels pour la région et mise en place d'une table de concertation pour évaluer le potentiel de ces scénarios.
Visioconférence	• Fournir l'inventaire des stations de visioconférences au plus tard le 30 juin 2012, incluant les services de visioconférences avec caméra Web. • Augmenter l'utilisation des visioconférences et en assurer la promotion. • Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférences avec caméra Web minimalement régional ou suprarégional.	Inventaire transmis. Travaux en continu. Consultation en cours avec le réseau.

5.8 ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Accès au continuum de services AVC	• Mise sur pied d'un groupe de travail interne (ASSS) permettant le déploiement du continuum AVC. • Mise sur pied d'un groupe de travail régional regroupant des représentants des établissements dans le but de proposer une organisation de services régionale.	Amorce des travaux permettant de préciser l'organisation des services nécessaires dans les CH et de déterminer les CH de niveaux primaire et secondaire.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Élaboration d'un plan d'organisation régional.	Plan d'organisation en cours de consultation.
Accès aux services d'imagerie	• Poursuite des travaux dans les établissements dans le but de réduire les délais d'accès. • Assistance aux établissements pour les démarches à réaliser en vue d'assurer une extraction des données conforme.	• Portrait des systèmes d'information réalisé. • Poursuite des travaux dans les établissements et auprès des différents fournisseurs pour arriver à assurer une extraction des données permettant la mesure des temps d'attente.
Accès aux services spécialisés de chirurgie	• Suivi périodique avec les responsables locaux de l'accès dans les établissements. • Interventions individuelles auprès des établissements présentant des difficultés, dans le but d'assurer l'accès rapide aux services. • Interventions directes du PDG ou de la DOSOR auprès des établissements ayant eu des usagers en attente depuis plus de 18 mois. Plan d'action demandé à certains établissements.	• La presque totalité des usagers sont opérés dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche, une arthroplastie totale du genou ou une chirurgie de la cataracte. • Des interventions ont permis d'assurer la prise en charge rapide des quelques usagers qui étaient en attente pour une chirurgie d'un jour ou une chirurgie avec hospitalisation depuis plus de 18 mois.
Configuration des services médicaux	Mise en œuvre du PREM accepté par le MSSS.	• Mise en œuvre du PREM. • Démarche de bilan du plan quinquennal en cours (avec le MSSS).
Laboratoires	Révision et mise en place du plan d'action régional découlant du plan déposé au Ministère.	• Rapatriement dans la région des analyses de niveaux régional et local réalisées à plus de 80 %. • Actualisation du plan directeur du réseau de biologie médicale en progression en vue de la mise à jour du plan d'optimisation. • État de situation pour les centres de prélèvements présenté et réalisé.
Prise en charge de l'infarctus du myocarde avec élévation du Segment ST	100 % du déploiement de la prise en charge de l'identification préhospitalière.	• Déploiement complété de la prise en charge de l'identification préhospitalière. • Analyse en cours des données de l'an 2 de la banque du RUIS.
Traumatologie	100 % formalisation des ententes entre les établissements intra et extra régional.	• Les ententes intrarégionales sont complétées et signées. • Les ententes avec les établissements de Montréal sont en processus de signature.

6. ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

6.1 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

L'Agence confirme son respect des règles et normes édictées dans le cadre de gestion du MSSS au regard des subventions versées dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). La conformité aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme est vérifiée annuellement pour chacun des organismes subventionnés.

Les documents (formulaire de demande, rapport d'activités, rapport financier sous la forme prescrite, etc.) sont transmis par chaque organisme subventionné puis analysés. Les organismes communautaires sont visités par l'Agence. Les organismes présentant des problèmes de conformité à l'un ou l'autre des critères font l'objet d'un suivi particulier.

Chaque organisme, en plus de son rapport annuel, complète un portrait sommaire des particularités de ses clientèles et des principaux services qu'il offre. Ainsi, les principales clientèles desservies sont les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes souffrant de dépendances ou de déficiences. Les principaux services et activités sont l'accueil et la référence, la relation d'aide, l'hébergement temporaire et, plus spécifiquement pour les personnes âgées, le transport bénévole, la livraison de repas à domicile (popote roulante) et le répit aux aidants naturels. La pauvreté affectant toutes ces clientèles, divers services visant la sécurité alimentaire sont offerts par plusieurs organismes.

Dans le cadre de la répartition du budget additionnel en déficience intellectuelle troubles envahissants du développement, déficience physique (DI-TED, DP), un montant de 164 174 $ a été attribué en 2012-2013 aux organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la déficience (annualisé à 492 555 $). Ce financement a pour but d'améliorer l'offre de service des organismes communautaires en matière de soutien aux familles (maison de répit, groupe de soutien, maintien de banque de gardiens ou gardiennes, etc.).

L'Agence a également reçu un montant non récurrent de 275 081 $ pour les organismes œuvrant en sécurité alimentaire.

Une somme additionnelle non récurrente de 30 000 $ a été attribuée à un organisme en 2012-2013 pour la mise en œuvre des mesures du Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle 2008-2013. Un montant non récurrent de 111 000 $ a également été attribué pour la mise en œuvre des mesures du Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale auprès des organismes qui viennent en aide aux conjoints ayant des comportements violents.

6.1.1 Allocation annuelle

L'Agence a financé, par l'intermédiaire de plusieurs programmes, 456 organismes pour un total de 68 597 018 $, dont 64 088 679 $ ont été alloués aux organismes communautaires admis au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et 4 508 339 $ à d'autres OSBL non admis au PSOC répondant aux critères d'autres programmes de l'Agence.

De ces 456 organismes, 395 ont reçu un financement pour leur mission globale, c'est-à-dire un financement récurrent de 59 645 920 $.

TABLEAU 10

Allocations accordées aux organismes communautaires et autres OSBL

Allocations - Organismes communautaires admis	Subventions 2012-2013	Subventions 2011-2012
PSOC et autres programmes		
Mission globale	59 645 920 $	58 092 586 $
Entente de service	705 868 $	709 040 $
Projet ponctuel	3 736 891 $	3 636 029 $
Total – Organismes admis	**64 088 679 $**	**62 437 655 $**
Autres OSBL	4 508 339 $	4 726 820 $
GRAND TOTAL	**68 597 018 $**	**67 164 475 $**

6.1.2 Indexation

Le budget disponible aux fins d'indexation des subventions a été de 1 488 235 $ correspondant à 2,4 % des crédits alloués aux organismes communautaires pour l'année précédente. Le taux d'indexation des subventions 2012-2013 en appui à la mission globale a été de 2,1 %. Un montant de 1 229 570 $ a donc été versé en indexation aux organismes communautaires dans le cadre du PSOC, volet mission globale. Le solde de 258 665 $ a été utilisé afin de soutenir certains organismes communautaires connaissant des difficultés particulières.

TABLEAU 11

Indexation et crédits accordés aux organismes communautaires

	2012-2013	2011-2012
Montant du budget d'indexation	1 488 235 $	1 462 291 $
% équivalent au total des crédits alloués l'année précédente	2,4 %	2,4 %
Taux d'indexation versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale, de plus de 20 000 $	2,1 %	2,1 %
Montant versé aux organismes recevant un financement SOC, volet mission globale, de moins de 20 000 $	420 $	420 $
Montant total de l'indexation allouée	**1 229 570 $**	**1 195 278 $**
Solde au budget d'indexation utilisé pour soutenir les organismes fragilisés	258 665 $	267 013 $
Crédits additionnels (% équivalent des budgets de développement des programmes-services)	0 %	0%

Note : L'indexation n'a pas été allouée à certains organismes qui avaient des surplus ou qui étaient en suivi de gestion.

7. UTILISATION DES RESSOURCES

7.1 RESSOURCES FINANCIÈRES

7.1.1 Budget régional

L'enveloppe régionale de crédits de la Montérégie s'élève à 2 263 494 308 $ pour l'année 2012-2013. De cette enveloppe, 2 098 790 712 $ sont alloués aux établissements de la région. Ce montant inclut le budget net de fonctionnement des établissements de 2 066 697 546 $ ainsi que les budgets associés aux produits sanguins et aux activités accessoires pour un total de 32 093 166 $.

TABLEAU 12
Budget régional

	2012-2013	2011-2012
Enveloppe régionale	2 263 494 308 $	2 172 027 117 $
Enveloppe allouée aux établissements	2 098 790 712 $	2 016 416 144 $

7.1.2 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire (établissements publics)

Nonobstant un sous-financement évalué à 108 M$ et une réduction additionnelle des dépenses relatives à l'optimisation incluant les effets de la Loi 100 de 19 600 400 $, les établissements publics ont réussi à respecter l'équilibre budgétaire.

Pour contribuer à l'atteinte de ces résultats, l'Agence assure un suivi budgétaire périodique rigoureux et soutenu par des rencontres régulières avec la direction générale des établissements. Cette année, quatre CSSS ont été contraints de présenter un plan de redressement budgétaire et deux d'entre eux ont dû reporter le remboursement des écarts à la cible cumulés. Toutefois, les autres établissements ayant augmenté leur part de remboursement des écarts à la cible, le plan régional a été respecté.

7.1.3 Bilan de l'application de la Loi 100 et des mesures d'optimisation

Les réductions des dépenses imposées aux établissements depuis 2010-2011 se cumulent comme suit :

	2012-2013	2011-2012	2010-2011	Total
Loi 100	6 473 860 $	5 356 000 $	7 874 500 $	19 704 360 $
Optimisation	13 261 600 $	5 174 800 $	-	18 436 400 $
TOTAL	19 735 460 $	10 530 800 $	7 874 500 $	38 140 760 $

Selon les redditions de comptes 2010-2011 et 2011-2012, les établissements ont atteint les objectifs qui leur avaient été fixés ou ont identifié les mesures de réduction applicables aux exercices 2012-2013 et 2013-2014 afin d'atteindre les objectifs de réduction de 10 % des dépenses de nature administrative et de réduction des heures reliées au non-remplacement d'un départ sur deux à la retraite.

En 2012-2013, les établissements ayant atteint l'équilibre budgétaire, les réductions de dépenses, qui atteignent plus de 38 M$ jusqu'à présent, ont vraisemblablement été réalisées.

Des projets d'optimisation au niveau des ressources humaines, des ressources informationnelles, de la paie et de la logistique des approvisionnements ont été réalisés ou sont en cours de réalisation pour soutenir l'atteinte des objectifs.

7.1.4 Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics

Au 31 mars 2013, les emprunts temporaires reliés aux dépenses de fonctionnement autorisés par le MSSS sont de 121 900 000 $ et ceux reliés aux dépenses en immobilisations autorisées par l'Agence sont de 17 200 659 $, dont 8 558 784 $ pour des projets d'économie d'énergie. Les emprunts réels utilisés au 31 mars 2013 sont de 88 424 995 $ pour les dépenses de fonctionnement et de 7 552 072 $ pour les dépenses en immobilisations.

Pour les autorisations d'emprunts temporaires reliés à des projets d'économie d'énergie, l'Agence doit obtenir en tout temps une autorisation ministérielle au préalable. Pour les autres autorisations d'emprunts reliés aux dépenses en immobilisations, l'Agence doit obtenir une autorisation ministérielle au préalable lorsque les limites suivantes sont dépassées :

- le plafond régional de 10 950 000 $;
- le projet soumis nécessite un emprunt supérieur à 750 000 $;
- la période de l'emprunt s'étend sur une durée supérieure à 5 ans.

Ces autorisations ministérielles ont été obtenues lorsque requises.

7.1.5 Développement 2012-2013

Un budget de développement annualisé à 8 903 684 $ a été accordé à la Montérégie en 2012-2013 afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Un budget de développement de 1 849 744 $ a aussi été alloué pour l'implantation de programmes d'intervention en négligence sous la responsabilité des CSSS.

En continuité avec le déploiement de l'offre de service en dépendances au Québec, un budget annuel de 841 500 $ pour le développement de nouvelles équipes de liaison a été octroyé aux centres de réadaptation de notre région.

Également, afin de permettre à la Montérégie de poursuivre ses efforts en vue d'atteindre l'objectif d'éliminer les listes d'attente en protection de la jeunesse, un soutien financier récurrent de 500 000 $ a été accordé.

Le total des budgets de développement accordés pour 2012-2013, en base annuelle, représente 12 094 928 $.

Dans le cadre du rapatriement des clientèles de la région de Montréal et de l'arrivée de nouveaux spécialistes, le Ministère nous a aussi accordé un budget non récurrent de 5,5 M$ pour soutenir les augmentations d'activités en santé physique.

7.2 EFFECTIFS DU RÉSEAU ET RESSOURCES HUMAINES

7.2.1 Planification de la main-d'œuvre et stratégies d'attraction

Avec le départ à la retraite de plusieurs baby-boomers et avec la réduction du bassin de main-d'œuvre qualifiée disponible, la planification de la main-d'œuvre est un levier important dans notre réseau. Des vulnérabilités se manifestent dans plusieurs catégories d'emplois et touchent plusieurs titres d'emplois. Une démarche régionale est proposée depuis quelques années et vise à :

- identifier les causes de la pénurie;
- émettre des recommandations quant aux meilleures pratiques à mettre en place dans les établissements ou dans la région, dans le but d'attirer une main-d'œuvre qualifiée et de mobiliser les ressources en place;
- élaborer des stratégies et des moyens afin d'augmenter la visibilité et l'attraction pour les emplois vulnérables;
- collaborer avec les établissements afin d'établir un plan d'action régional.

L'analyse des plans prévisionnels des établissements et des plans d'action locaux visent à mieux cerner les problématiques particulières à chaque établissement et à dégager les tendances régionales, connaître

les besoins futurs en main-d'œuvre et permettre une meilleure collaboration de l'ensemble des partenaires. L'état de situation régional au 31 mars 2012 a d'ailleurs permis de faire ressortir quelques constats qui ont influencé les orientations stratégiques, les efforts et les activités régionales 2012-2015 dont principalement les activités de visibilité.

La seconde campagne de visibilité régionale a été mise de l'avant et a permis d'augmenter considérablement l'achalandage sur le portail régional www.santemonteregie.qc.ca. L'objectif à long terme est de conserver cette visibilité, d'augmenter l'achalandage et de fidéliser les visiteurs du portail. Plusieurs améliorations seront apportées à la section carrière du portail pour 2013-2014 afin d'en faciliter la consultation par les internautes.

Pour une 3e année consécutive, des activités de visibilité régionale ont été réalisées auprès des étudiants, des stagiaires, des finissants et des chercheurs d'emploi. La collaboration de plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (centres locaux d'emploi, écoles secondaires et professionnelles, cégeps et universités du territoire et limitrophes) a à nouveau été sollicitée, afin qu'ils puissent soutenir la campagne d'attraction, de visibilité et de promotion des emplois en Montérégie.

Pour une 2e année consécutive, des retombées positives qui amènent une augmentation des visites sur le portail régional ont été observées. Ces activités seront poursuivies puisqu'elles sont considérées comme des leviers importants pour attirer du personnel dans les établissements.

Des mécanismes de concertation avec des partenaires au niveau régional, tels que le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) et Emploi-Québec se poursuivent afin de soutenir des projets novateurs permettant la réduction de la pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs plus vulnérables. La mise en place de ces projets vise, entre autres, à accroître le nombre de diplômés et à assurer au secteur de la santé et des services sociaux une main-d'œuvre qualifiée. Des efforts particuliers sont en cours dans la région afin d'intéresser les jeunes aux métiers d'avenir en formation professionnelle et technique. Des rencontres devront à nouveau avoir lieu avec certaines universités afin d'évaluer la possibilité de soutenir des projets similaires pour les emplois vulnérables de niveau universitaire. Un comité de concertation réunissant l'Agence, le MELS et Emploi-Québec a également été mis sur pied dans la région afin d'effectuer des démarches de promotion et de valorisation des métiers et des programmes de formation pour lesquels des pénuries de main-d'œuvre sont appréhendées en Montérégie.

7.2.2 Développement des compétences - réseau

Formation en ligne

Un groupe de travail regroupant des représentants d'établissements a évalué les possibilités d'offrir des formations en ligne en remplacement de certaines formations en classe offertes actuellement. Un premier projet pilote de formation en ligne portant sur la Prévention des infections se termine et le comité évaluera les retombées. Selon les résultats, l'implantation d'une plateforme régionale devrait pouvoir se réaliser pour 2013-2014.

Coordination des stages en soins infirmiers

Dans une optique d'amélioration continue de la coordination des places de stages en soins infirmiers, le comité régional de gestion des stages a entrepris au printemps 2012 une visite des comités locaux présents sur les sept territoires de la région. Cet exercice a permis de recueillir les commentaires et suggestions d'amélioration en lien avec la coordination des places de stages en soins infirmiers de la région, le tout figurant dans un rapport synthèse.

Cette démarche a mis au jour la nécessité de porter les solutions identifiées à un niveau supérieur. Un comité directeur réunissant des acteurs clés, tant du réseau de l'éducation (direction de CÉGEP, de commission scolaire, représentant universitaire, MELS régional) que du réseau de la santé (direction des ressources humaines, directions des soins infirmiers et Agence de la santé) a été constitué.

Le mandat du comité directeur porte sur la priorisation des trois enjeux de coordination des stages en soins infirmiers, soit : le déséquilibre entre l'offre et la demande de stages, la formation, l'organisation des stages et finalement l'utilisation du logiciel HSPne (logiciel de gestion des stages). Un plan d'action devrait voir le jour en juin 2013 et les premières actions entreprises à l'automne 2013.

Sommaire des activités de développement des compétences

Le tableau ci-dessous présente les principales actions du développement des compétences effectuées à l'intérieur de chacun des programmes-clientèles ou continuums de services.

TABLEAU 13

Développement des compétences réseau – bilan statistique 2012-2013

Programmes-services 2012-2013 (clientèle cible)	Sous-total participants/programmes	
	2012-2013	2011-2012
Déficience intellectuelle TED-Autisme		
Parents, proches et famille élargie, intervenants des organismes communautaires	195	200
Dépendances		
Intervenants en toxicomanie	422	487
Jeunes en difficulté		
Équipes intervention jeunesse, responsables de l'encadrement clinique des intervenants jeunesse, cliniciens-experts/animateurs et partenaires désignés dans les RLS, coordonnateurs EIJ	821	773
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Professionnels, infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières cliniciennes, intervenants, gestionnaires	538	433
Santé mentale des adultes		
Intervenants et conseillers cliniques des RLS, établissements régionaux, organismes communautaires, scolaires, CÉGEP, policiers et programme CAFE	162	729
Autres formations		
Intervenants, personnes ressources auprès du curateur public, formateurs, cadres formés, gestionnaires, psychosociaux et intervenants, membres des CA des organismes communautaires, personnel des établissements	1 515	972
TOTAL DES PARTICIPANTS	**3 653**	**3 594**

7.2.3 Développement des compétences des cadres

Programme régional de relève des cadres intermédiaires

Avec plus de 100 postes de cadres intermédiaires à combler par année pour les trois prochaines années, les établissements et l'Agence ont développé, en 2011, le programme régional de relève des cadres intermédiaires basé sur un profil régional constitué de neuf compétences de gestion.

Ce programme, dont le lancement officiel s'est fait en avril 2012, vise à permettre aux établissements du réseau et à l'Agence de préparer la relève, autant en termes de qualité que de quantité et à créer un bassin régional de candidats à haut potentiel facilitant le recrutement actuel et futur.

Le programme offre aux candidats retenus un microprogramme de formation de 1er ou 2e cycle en gestion avec l'Université de Montréal, de même que deux séminaires. Plus de 30 étudiants suivent, depuis mars 2013, le microprogramme de 2e cycle et neuf candidats attendent le démarrage du microprogramme de 1er cycle, prévu pour janvier 2014.

Les établissements de la région effectuent actuellement leur processus de sélection et de repérage, afin d'identifier les candidats de l'an 2 du programme régional de relève.

Programme à l'intention des nouveaux cadres

Plus de 100 nouveaux gestionnaires promus ou nommés dans une fonction de cadre depuis moins de 2 ans et gérant du personnel ont participé au programme régional à l'intention des nouveaux cadres en 2012 pour un total de 660 depuis les quatre dernières années.

Depuis le printemps 2013, l'Agence, en collaboration avec la table du réseau ressources humaines et les comités de développement de compétences des cadres, revoit le programme offert pour les nouveaux cadres afin de mieux s'arrimer au profil des neuf compétences régionales et de mieux répondre aux besoins du réseau.

Le lancement du programme révisé à l'intention des nouveaux cadres est prévu pour le début de l'année 2014.

Programme régional pour les cadres en exercice

Toujours dans l'esprit de permettre aux cadres de bénéficier d'un continuum de perfectionnement, l'Agence et les établissements souhaitent mettre sur pied un Programme régional de développement de compétences à l'intention des cadres en exercice.

Ce programme vise à soutenir les cadres en poste depuis quelques temps qui souhaitent se perfectionner. Le contenu de ce programme est aussi établi en fonction des neuf compétences de gestion composant le profil régional. Il sera offert en fonction des besoins de la région. Son lancement est planifié d'ici la fin de l'année 2014.

7.2.4 Organisation du travail

Les projets touchant l'organisation du travail et l'optimisation sont de plus en plus présents dans les organisations de santé et la tendance se maintiendra certainement au cours des prochaines années. L'Agence accompagne les établissements de la Montérégie lors d'appels de projet en provenance du Ministère, soit par des ateliers d'échanges et de méthodologies de gestion de projet, un courtage de connaissances spécifique aux problématiques abordées, un développement des compétences aligné sur les objectifs de projet et un partage des expériences qui peuvent profiter à l'ensemble des établissements. De plus, elle assure une représentation régionale aux divers comités ministériels afin d'y faire valoir les besoins et spécificités du réseau.

Projet *Lean Healthcare Six Sigma* au CSSS Jardins-Roussillon

Dans le cadre de l'appel d'offres lancé par le Ministère à l'automne 2011, le CSSS Jardins-Roussillon est l'un des trois établissements choisis pour l'implantation de l'approche *Lean Healthcare Six Sigma* dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les deux autres étant le Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Saint-François-d'Assise et le CSSS du Sud-ouest Verdun.

Le *Lean* est une démarche d'amélioration continue basée sur la participation des employés. Les personnes sur le terrain identifient les problèmes et les pistes d'amélioration, proposent des solutions et s'impliquent dans leur implantation. Le focus est mis sur les besoins des clients et vise, entre autres, la réduction des délais et l'élimination du gaspillage.

Basé sur le modèle développé par l'entreprise Toyota, le *Lean* est bien adapté au réseau de la santé puisque c'est une méthode qui permet de s'interroger sur la valeur ajoutée pour le client (usagers et clients de l'interne), d'un ou de plusieurs processus. Il s'agit de repenser les façons de faire en misant sur l'amélioration continue de l'efficacité et de l'efficience du travail effectué.

Ce programme, qui prendra fin en 2014, permettra au CSSS Jardins-Roussillon de mettre de l'avant 10 projets *Lean* à l'intérieur de son organisation. L'Agence est associée de près à cette démarche par sa participation aux comités ministériel, directeur et tactique, de même que par le soutien d'une chargée de projet *Lean*-Agence. Des stratégies de transfert des connaissances seront développées en cours de projet pour favoriser le partage et la réplication des expériences à d'autres établissements du réseau. Une évaluation des transformations et des retombées du *Lean* sera également effectuée.

7.2.5 Projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres

En 2012, quatre établissements de la Montérégie ont obtenu du financement pour leurs projets dans le cadre d'une deuxième vague d'appel de projets d'amélioration des conditions d'exercice des cadres à l'ensemble du réseau lancée par le Ministère.

Chaque établissement retenu devait mettre en place deux projets, d'une durée d'environ six mois chacun visant l'amélioration des conditions d'exercice des cadres. Les résultats du projet n° 1 des établissements ont été partagés en décembre 2012. Les projets n° 2 se termineront en juin 2013.

Différents projets ont vu ou verront le jour en Montérégie grâce au financement du MSSS, portant notamment sur la révision des processus de modification et de gestion des horaires, d'autorisation des paies, de remplacement, la révision du processus d'achat et d'approvisionnement du matériel et d'optimisation des processus opérationnels en ressources humaines, financières, matérielles et techniques.

7.2.6 Appels de projets des comités interronde

Dans le cadre de la dernière ronde de négociations des conventions collectives, les parties ont formé un comité paritaire national intersyndical afin de faire des recommandations au MSSS quant à la mise en place de projets d'organisation du travail.

Le 31 octobre 2012, le MSSS a procédé à deux appels de projets : le premier visant le personnel de la catégorie IV et le deuxième visant la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire (TS). Le financement sera confirmé vers le mois d'avril seulement, soit après les ateliers de définition de projets du MSSS.

Détail des projets reçus

- Appel de projets visant la réduction du recours à la MOI et au TS : 4 projets qualifiés et priorisés;
- Appel de projets visant le personnel de la catégorie IV – volet réadaptation : 4 projets qualifiés et priorisés;
- Appel de projets visant le personnel de la catégorie IV – volet psychosocial : 2 projets qualifiés et priorisés.

L'appel de projets visant le développement des compétences, l'accueil et l'intégration ainsi que l'organisation du travail des personnes salariées œuvrant auprès des bénéficiaires en CHSLD a été lancé le 16 janvier 2013. Le processus de définition des projets débutera en avril 2013 pour cette thématique.

Détail des projets reçus

- volet Développement des compétences : 1 projet qualifié et priorisé;
- volet Accueil et intégration : 4 projets qualifiés et priorisés;
- volet Organisation du travail - projet individuel : 2 projets qualifiés et priorisés;
- volet Organisation du travail - projet régional déposé : 1 projet regroupant 3 établissements.

L'appel de projets d'organisation du travail pour le personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des TGC (troubles graves du comportement) a été lancé le 6 mars 2013. Le processus de définition des projets a débuté en avril 2013 pour cette thématique.

Réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI)

Pour l'année 2012-2013, la cible régionale établie pour la Montérégie a été atteinte pour les titres d'emplois d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Bien que la cible 2012-2013 pour les infirmières n'ait pas été atteinte, il n'en demeure pas moins que la région a amélioré grandement son résultat, comparativement à l'année précédente. Cinq établissements de la région qui présentaient un plus grand taux d'utilisation ont bénéficié d'un soutien financier ministériel pour réaliser des projets de diminution de la MOI qui devraient se terminer à l'été 2013.

Dans le but de poursuivre les efforts de réduction de la main-d'œuvre indépendante, un comité a été mis en place pour le suivi de l'appel d'offres régional avec Approvisionnements Montérégie pour s'assurer du bon fonctionnement régional de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

7.3 IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS DE TECHNOLOGIE MÉDICALE

7.3.1 Enveloppes régionalisées

En 2012-2013, plus de 85 M$ ont été distribués aux établissements de la région pour maintenir en bon état le parc immobilier et d'équipements, pour réaliser des projets améliorant la fonctionnalité des installations ainsi que pour d'autres projets spécifiques.

TABLEAU 14
Enveloppes budgétaires 2012-2013

Enveloppes	Budget 2012-2013
Maintien d'actifs - Immobilisations	26 377 696 $
Maintien d'actifs - Équipements médicaux	24 126 971 $
Maintien d'actifs - Équipements non médicaux et mobilier	7 283 221 $
Dépenses de nature capitalisable	3 586 500 $
Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD	4 743 000 $
Rénovations fonctionnelles mineures excluant les CHSLD	7 896 764 $
Fonds équipements : Opération Enfant Soleil et PQDSN (Programme québécois de dépistage de la surdité néonatale, phase 1)	184 134 $
Projet de Rapatriement de la clientèle 514-450 (budget pour initier les projets et financer 75 % des travaux de la phase I)	11 118 500 $
TOTAL	**85 316 786 $**

7.3.2 Projets de construction et d'acquisition d'équipements de plus de 500 000 $

Plusieurs projets majeurs d'investissement sont présentement à l'étude ou en phase d'exécution totalisant à eux seuls près de 180 M$.

Parmi ceux-ci, on notera l'important projet de réaménagement et d'agrandissement de l'unité d'urgence de l'Hôpital Charles–Le Moyne, annoncé par le Ministre le 10 mai 2011. Le projet est maintenant prêt à l'appel d'offres et le début des travaux est prévu durant l'exercice 2013-2014. La mise en service de la nouvelle urgence est, à ce jour, prévue pour l'automne 2015.

Le projet majeur d'agrandissement au CSSS Haut-Richelieu–Rouville est à l'étape des plans et devis définitifs depuis janvier 2012. Il a été intégré en cours d'année 2011-2012 à l'application de la politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique. Un dossier d'affaires initial (DAI) a été soumis au MSSS. Suite à l'autorisation du Ministre, le dossier d'affaires final (DAF) a été préparé au cours de l'année 2012-2013, en simultané avec les plans et devis d'exécution. La fin des travaux est prévue à l'automne 2016.

Des ententes de partenariat pour l'achat de places pour 3 CHSLD de 66 lits en mode partenariat public-privé (PPP) ont été conclues au cours de l'année 2012-2013. La livraison des CHSLD sur le territoire des CSSS Jardins-Roussillon et de la Haute-Yamaska est prévue en 2013-2014 tandis que celle du territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville est prévue pour 2014-2015.

Les travaux pour l'aménagement de la nouvelle salle d'hémodynamie de l'hôpital Charles-Le Moyne ont débuté en juin 2012 par la construction de l'enveloppe sur la toiture de l'urgence actuelle. Les travaux d'aménagement et d'installation des équipements sont à venir. Afin de mieux desservir les patients de la Montérégie, rappelons que l'autorisation ministérielle qui date de juin 2011 permet le transfert des activités et des ressources se rattachant à l'une des salles d'hémodynamie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

(CHUM) vers de nouveaux locaux qui seront aménagés à l'hôpital Charles-Le Moyne (CSSS Champlain–Charles-Le Moyne). La livraison des locaux est prévue en 2014.

La recherche d'un site pour la construction d'un nouvel hôpital sur le territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges s'est poursuivie en 2012-2013. Les travaux de recherche et d'évaluation des sites s'effectuent en collaboration avec les différents partenaires : la MRC, la municipalité et la Société immobilière du Québec (SIQ). Un rapport doit être déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux en 2013-2014.

Par ailleurs, quelques projets se sont terminés au cours de l'année 2012-2013. La maison de naissance, aménagée dans l'ancien CLSC du Richelieu, a ouvert ses portes officiellement en septembre 2012. À terme, six sages-femmes devraient pratiquer dans cette nouvelle maison de naissance et jusqu'à 240 femmes pourraient y accoucher chaque année. Le Centre Marguerite Adam du CSSS Richelieu-Yamaska a également pris possession de nouveaux espaces en avril 2012. Un agrandissement de 740 m^2 et un réaménagement de 780 m^2 au coût de 4,5 M$ a permis l'ajout de chambres simples, l'ajout et la mise aux normes de salles de bain ainsi que diverses améliorations immobilières dont une nouvelle salle électrique.

Finalement, le projet de rapatriement de la clientèle de la région 514 vers la Montérégie a été enclenché. Cette vaste opération vise à rapprocher l'offre de soins généraux et spécialisés des milieux de vie. Au total, près de 60 M$ seront investis en immobilisation et en équipements. Le projet, qui s'échelonnera sur quatre phases, sera financé à parts égales par le Ministère et par l'Agence de la Montérégie, à même les enveloppes régionales d'immobilisation.

Deux marges d'emprunt totalisant 11 M$ ont été octroyées par le Ministère à ce jour et ce, afin d'initier les projets. Notons que quelques projets ont été enclenchés en cours d'année et sont actuellement à diverses étapes, de la planification à la réalisation.

TABLEAU 15

Projets majeurs d'investissement

Établissement	Projet	Budget prévu *	
		Étude	Exécution
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne	Agrandissement de l'urgence de l'hôpital Charles-LeMoyne		46 413 190 $
CSSS La Pommeraie	Maison d'hébergement 40 lits à Cowansville	12 491 134 $	
CSSS Haut-Richelieu—Rouville	Hôpital du Haut-Richelieu : transfert et agrandissement de l'urgence, soins intensifs, laboratoires, bloc opératoire et chirurgie d'un jour	94 780 702 $	
Kateri Memorial Hospital Center	Agrandissement et réaménagement	26 105 500 $	
TOTAL		**133 377 336 $**	**46 413 190 $**

* Budget global, sans tenir compte des sources de financement

Une vingtaine de projets de construction de plus de 1 M$ et d'équipements de plus de 500 000 $ ont totalisé plus de 99 M$ (voir le tableau à la page suivante).

TABLEAU 16

Projets de construction régionalisés de plus de 1 000 000 $

Établissement/installation	Projet	Coût *
CSSS Haut-Richelieu—Rouville		
Résidence Champagnat d'Iberville	Agrandissement et réaménagement aile ouest	3 441 110 $
Ancien CLSC du Richelieu	Maison de naissance à Richelieu	2 034 285 $
Hôpital du Haut-Richelieu	Remplacement des systèmes de ventilation	3 380 000 $
Centre Georges Phaneuf	Réfection complète des services alimentaires	1 300 000 $
CSSS Jardins-Roussillon		
Centre d'accueil La Prairie	Agrandissement et réaménagement	3 631 000 $
CLSC Châteauguay	Mise à niveau des systèmes électromécaniques	1 270 337 $
CSSS du Suroît		
Centre d'hébergement Cécile-Godin	Agrandissement et réaménagement	4 602 000 $
Hôpital du Suroît	Agrandissement de la pharmacie - circuit du médicament	1 868 235 $
Hôpital du Suroît	Réaménagement de la pharmacie – salle de préparation stérile d'oncologie	1 500 000 $
Hôpital du Suroît	Remplacement des systèmes de contrôle des ascenseurs – pavillon principal	1 600 000 $
Hôpital du Suroît	Mise à niveau 2015-2020 – Stratégie transitoire : Phase 1 – achat de complexe modulaire	2 618 000 $
Centre d'hébergement Docteur Aimé-Leduc	Remplacement de fenêtres diverses	1 200 000 $
CSSS de la Haute-Yamaska		
Centre d'hébergement Villa Bonheur	Agrandissement et réaménagement	6 682 000 $
CSSS Pierre-Boucher		
Centre d'hébergement De Lajemmerais	Agrandissement et réaménagement	4 513 000 $
Hôpital Pierre-Boucher	Rehaussement de la distribution électrique d'urgence	2 798 000 $
CSSS Richelieu-Yamaska		
Hôpital Honoré-Mercier	Projet ambulatoire Pavillon St-Charles (oncologie)	2 120 145 $
Hôpital Honoré-Mercier	Hémodialyse Pavillon Hervé-Gagnon	2 287 600 $
CSSS Pierre-De Saurel		
Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance	Rénovation fonctionnelle majeure	3 509 417 $
Centre d'hébergement Élisabeth-Lafrance	Sécurité - incendie	1 891 791 $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges		
Centre d'hébergement de Rigaud	Agrandissement et réaménagement	7 280 000 $
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne		
Hôpital Charles-Le Moyne	Entrée électrique 25 kV	10 724 800 $
Hôpital Charles-Le Moyne	Aménagement d'une salle d'hémodynamie	7 894 000 $
Hôpital Charles-Le Moyne	Agrandissement et réaménagement du laboratoire de pathologie	5 931 650 $
Hôpital Charles-Le Moyne	Agrandissement et réaménagement du laboratoire de microbiologie	4 355 630 $
Centre montérégien de réadaptation		
Saint-Hubert – Aile D	Mise aux normes et MA	1 234 633 $
TOTAL		**89 667 633 $**

* Budget global, sans tenir compte des sources de financement

TABLEAU 17
Projets d'équipements de plus de 500 000 $

Établissement/installation	Projet	Coût *
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne		
Hôpital Charles-Le Moyne	Remplacement du tomodensitomètre	1 000 000 $
CSSS Pierre-De Saurel		
Hôtel-Dieu de Sorel	Remplacement du tomodensitomètre	900 000 $
CSSS du Suroît		
Hôpital du Suroît	Remplacement de caméra gamma	850 000 $
	Remplacement du système d'angiographie	1 250 000 $
	Remplacement tomodensitomètre	1 000 000 $
CSSS Pierre-Boucher		
Hôpital Pierre-Boucher	Remplacement du mammographe	500 000 $
	Remplacement du tomodensitomètre	1 270 000 $
	Remplacement du système de radiofluroscopie	800 000 $
	Nouveau tomodensitomètre	1 128 000 $
CSSS Richelieu-Yamaska		
Hôpital Honoré-Mercier	Remplacement du système de radiofluoroscopie avec cerceau (C-ARM)	975 000 $
TOTAL		**9 673 000 $**

* Budget global, sans tenir compte des sources de financement

7.4 RESSOURCES INFORMATIONNELLES RÉSEAU

La circulation de l'information clinique demeure un levier très important pour augmenter la productivité et l'efficacité de notre réseau. Une meilleure utilisation des technologies de l'information conduira à l'amélioration de la qualité des services aux usagers et ultimement à l'optimisation de chaque dollar investi. Le vaste projet d'optimisation entrepris par le Ministère doit se poursuivre dans chacune des régions, et ce, à l'intérieur des grands chantiers ciblés, notamment la téléphonie IP, la téléphonie cellulaire, la visioconférence, le courrier électronique, la gestion du parc des postes de travail et le regroupement des centres de traitement de données.

7.4.1 Informatisation du réseau – DSQ – DCI - DMÉ

L'Agence participe à l'intégration et à la circulation de l'information clinique par trois niveaux d'intervention : le Dossier Santé Québec (DSQ), les dossiers cliniques informatisés (DCI) et les dossiers médicaux électroniques (DMÉ). À cet égard, l'Agence finalise la mise en place des préalables pour rendre disponible le DSQ à l'ensemble des professionnels du service de première ligne en santé de la région. Elle travaille aussi à l'élaboration d'un appel d'offres pour favoriser l'implantation d'une solution de DCI régionalisée pour l'ensemble de la région et interopérable avec le DSQ. De plus, elle soutient ses médecins dans l'implantation des DMÉ en s'assurant que les résultats de laboratoires soient accessibles électroniquement.

7.4.2 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles

Au cours de la dernière année, l'Agence s'est engagée à respecter le cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi dans la circulaire 2012-021 (03.02.30.15). Ce cadre de gestion détermine la production et les suivis par l'Agence des documents suivants à l'aide de l'application informatique Actifs+ Réseau :

- **Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)** – Prévision, pour les trois années subséquentes à l'exercice financier en cours, de tous les besoins en ressources humaines, matérielles et financières, ainsi qu'en ressources informationnelles tant pour les projets que les activités de continuité et d'encadrement.

- **Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)** - Ventilation complète de toutes les sommes prévues à être consacrées aux projets et aux activités de continuité et d'encadrement, au cours de l'exercice financier visé.
- **État de santé des projets (ESP)** – Déclaration quadrimestrielle de l'état des projets de plus de 100 000 $ en cours de réalisation, d'implantation ou de rodage.
- **Bilan annuel des réalisations et bénéfices réalisés (BARRI)** – Ventilation complète en terme de résultats au 31 mars de chaque année financière avec justification des écarts.

7.4.3 Maintien des actifs – ressources informationnelles

Pour une autre année, en lien avec le cadre de gestion des actifs informationnels, une enveloppe de 3,3 M$ a été octroyée par le MSSS pour l'ensemble des établissements de la région. Le cadre de gestion sur le maintien des actifs informationnels a pour but de renforcer la sécurité du réseau et répondre en partie aux besoins engendrés par la désuétude dans les établissements en ce qui concerne les équipements informatiques.

8. SATISFACTION ET PLAINTES

Le régime d'examen des plaintes permet à une personne d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte à ce sujet. Il s'inscrit dans la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS) et les mandats du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de même que du médecin examinateur y sont clairement indiqués : protéger les droits des usagers ou préserver et améliorer la qualité des services dispensés.

Ainsi, dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires et les médecins examinateurs de la Montérégie ont traité 6 525 dossiers et leur examen a donné lieu à 2 074 mesures d'amélioration.

8.1 LE COMMISSAIRE RÉGIONAL DE L'AGENCE

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services (CRPQS) assure le traitement des plaintes adressées aux organismes communautaires, aux résidences privées d'hébergement, aux résidences pour aînés, aux services préhospitaliers et à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

En 2012-2013, le CRPQS a traité 1 129 dossiers dont 115 plaintes, 53 interventions, 734 assistances et 227 consultations. De ces dossiers, la commissaire a étudié 1 674 motifs comparativement à 1 910 motifs en 2011-2012, une baisse de 12 %. Les motifs de plainte ou d'intervention les plus fréquemment mentionnés par les usagers concernent la catégorie des soins et des services dispensés pour 161 motifs et 123 motifs portent sur l'organisation du milieu et des ressources matérielles.

Des 523 motifs de plainte et d'intervention, seulement 17 motifs ont été rejetés ou abandonnés soit par le CRPQS soit par l'usager. Malgré la diminution des motifs évoqués par les usagers, il n'en reste pas moins qu'il en résulte 473 mesures, ce qui représente une augmentation de 73 % cette année comparativement à l'année dernière. Les mesures visent principalement l'adaptation des soins et services offerts ainsi que l'adaptation du milieu et de l'environnement dans 68 % des cas.

TABLEAU 18

Dossiers traités et conclus par le CRPQS

Type de dossiers	N^bre dossiers		N^bre motifs		N^bre actions		N^bre mesures	
	2012-13	2011-12	**2012-13**	2011-12	**2012-13**	2011-12	**2012-13**	2011-12
Plaintes	**115**	154	**326**	371	**s. o.**	s. o.	**263**	190
Interventions	**53**	39	**197**	107	**s. o.**	s. o.	**210**	84
Sous-total	**168**	193	**523**	478	**s. o.**	s. o.	**473**	274
Assistances	**734**	937	**891**	1 060	**846**	988	**s. o.**	s. o.
Consultations	**227**	368	**260**	372	**s. o.**	s. o.	**s. o.**	s. o.
Sous-total	**961**	1 305	**1 151**	1 432	**846**	988	**s. o.**	s. o.
TOTAL	**1 129**	1 498	**1 674**	1 910	**846**	988	**473**	274
Variation 2012 à 2013	**-25%**		**-12%**		**-14%**		**73%**	

8.2 LES COMMISSAIRES LOCAUX

Les commissaires locaux (CL) ont traité 5 069 plaintes comparativement à 5 034 l'année dernière, ce qui représente une augmentation de 1 % des dossiers traités et conclus, laissant 205 dossiers en cours d'examen au 31 mars 2013 qui ne sont pas inclus dans ce rapport

La répartition des dossiers étudiés par les CL concernant la mission CH est de 1 141 des 1 822 plaintes, 123 des 221 interventions.

Des dossiers de plainte et d'intervention, 2 711 motifs ont été reçus :

- 195 motifs ont été rejetés ou abandonnés par le commissaire local ou l'usager;
- 1 211 motifs ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures;
- 1 305 motifs n'ont pas suscité de mesure par le CL après examen des faits.

Les motifs des soins et des services offerts (27 %) ainsi que l'organisation du milieu et des ressources matérielles (19 %) suivis par l'accessibilité aux services (18 %) sont les catégories de motifs faisant l'objet de plainte ou d'intervention le plus fréquemment rapportés par les usagers et retenus pour l'examen de dossiers.

Les mesures demandées par les commissaires locaux s'orientent vers l'adaptation des soins et services dans 54 % des cas (799 mesures) et de l'adaptation du milieu et de l'environnement dans 17 % des situations (258 mesures).

8.3 LES MÉDECINS EXAMINATEURS

Les médecins examinateurs (ME) ont étudié 327 dossiers ce qui représente une augmentation de 24 % (64 dossiers) par rapport à l'an dernier. De plus, 56 autres dossiers étaient en cours d'examen au 31 mars 2013 et ne sont pas inclus dans la présentation de ce rapport.

La portion des dossiers relatifs à la mission CH traités par les ME constitue 313 des 327 plaintes déposées.

Les motifs, au nombre de 429, représentent une augmentation de 27 % par rapport à 2011-2012. Les médecins examinateurs ont étudié 385 motifs excluant 44 rejetés par le commissaire local ou abandonnés par l'usager. Les motifs examinés se regroupent majoritairement sous la catégorie des soins et des services dispensés aux usagers (51 % ou 217 motifs) et les relations interpersonnelles (22 % ou 96 motifs).

Les 118 mesures appliquées par les médecins examinateurs concernent l'adaptation des soins et des services (52 %) et l'information et la sensibilisation envers les intervenants (31 %). Ces pourcentages sont sensiblement les mêmes que l'an passé : 57 % pour l'adaptation des soins et des services et 29 % pour l'information et la sensibilisation des intervenants. Toutefois, en 2011-2012, ils représentent 48 mesures et 25 mesures respectivement.

TABLEAU 19

Dossiers traités et conclus par les CLPQS et les ME (par mission d'établissements)

Type de dossiers	N^bre dossiers		N^bre motifs		N^bre mesures	
	2012-13	2011-12	**2012-13**	2011-12	**2012-13**	2011-12
CLPQS						
Plaintes	1 822	1 986	2 434	2 497	1 355	1 096
Interventions	221	173	277	199	128	99
Sous-total	**2 043**	2 159	**2 711**	2 696	**1 483**	1 195
Assistances	2 738	2 642	2 738	2 642	s.o.	s.o.
Consultations	288	233	288	233	s.o.	s.o.
Sous-total	**3 026**	2 875	**3 026**	2 875	**s.o.**	s.o.
TOTAL = CLPQS	**5 069**	5 034	**5 737**	5 571	**1 483**	1 195
Variation 2012 à 2013 / CLPQS	**1 %**		**3 %**		**24 %**	
TOTAL = ME	**327**	263	**429**	339	**118**	85
Variation 2012 à 2013 / ME	**24 %**		**27 %**		**39 %**	

9. ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

9.1 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du Conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes en annexes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (« NCA ») 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères ci-haut mentionnés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur les faits suivants :

> Comme l'explique la note 2 et à la demande du Ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée une entente de partenariat public-privé répondant, par ailleurs, à cette définition. En conséquence, l'Agence ne constate pas l'actif et l'obligation relative au bien loué afférente mais comptabilise plutôt en charges les sommes exigibles en vertu de l'entente, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous a conduits à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, tout comme l'avait fait le prédécesseur sur les états financiers de l'exercice 2012. Cette dérogation a comme incidence de surévaluer les charges et les revenus de l'exercice de 419 692 $ (544 008 $ en 2012), de sous-évaluer l'actif et le passif de 27 609 736 $ (28 198 105 $ en 2012).

Comme l'explique la note 2 et tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, tout comme l'avait fait le prédécesseur sur les états financiers de l'exercice 2012. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2013 et au 31 mars 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie au 31 mars 2013, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (de sa dette nette), des pertes et gains de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autres points

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 (avant le retraitement des informations comparatives décrites à la note 11 des états financiers) ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion modifiée en date du 1er novembre 2012.

Dans le cadre de notre audit des états de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, nous avons également audité les ajustements décrits dans la note 11 qui ont été effectués pour retraiter les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2012. À notre avis, ces ajustements sont appropriés et ont été correctement effectués. Nous n'avions pas pour mission de procéder à un audit ou à un examen des états financiers de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2012, ni de mettre en œuvre des procédures concernant ces états autres que celles visant les ajustements et, par conséquent, nous n'exprimons pas d'opinion ni aucune autre forme d'assurance sur les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2012 pris dans leur ensemble.

Le 11 septembre 2013

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A108263

9.2 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

TABLEAU 20

Fonds d'exploitation – État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Subventions du MSSS	22 514 083 $	23 130 154 $
Revenus d'intérêts	50 130	53 730
Autres revenus	4 711 047	2 924 282
	27 275 260 $	26 108 166 $
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	16 641 149 $	15 893 497 $
Charges sociales	1 754 940	1 664 669
Frais de déplacement et de représentation	241 292	186 997
Services achetés	2 926 450	2 404 274
Publicité et communications	661 525	604 618
Loyer	2 955 169	3 111 134
Location d'équipement	66 577	61 417
Fournitures de bureau	587 029	636 448
Autres charges	2 305 932	2 627 354
	28 140 063 $	27 190 408 $
Déficit de l'exercice	**(864 803) $**	(1 082 242) $

TABLEAU 21

Fonds d'exploitation – Bilan
au 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	3 738 890 $	4 101 449 $
Débiteurs MSSS	642 855	457 999
Débiteurs établissements publics	373 884	189 855
Débiteurs gouvernement du Canada	49 835	101 306
Autres débiteurs et autres éléments d'actif	657 775	567 699
Frais payés d'avance	64 227	124 619
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	2 210 681	2 077 431
	7 738 147 $	**7 620 358 $**
PASSIF		
Créditeurs, charges à payer et autres éléments	2 546 491 $	2 775 061 $
Revenus reportés	831 922	1 105 835
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 318 012	1 938 854
	5 696 425 $	5 819 750 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**1 800 608 $**	**1 808 616 $**
Transferts interfonds (provenance)	1 158 350	1 127 188
Transferts interfonds (affectations)	(52 433)	(52 954)
Déficit de l'exercice	(864 803)	(1 082 242)
Solde à la fin	2 041 722 $	1 800 608 $
	7 738 147 $	**7 620 358 $**

TABLEAU 22

Fonds des immobilisations – État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Subvention du MSSS	3 711 506 $	6 861 097 $
Autres subventions	2 087 651	-
Autres revenus	10 182	10 182
	5 809 339 $	6 871 279 $
CHARGES		
Frais d'intérêts sur emprunts et sur la dette	3 394 778 $	3 988 826 $
Dépenses d'immobilisation non capitalisées	1 590 498	2 062 112
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	57 138	34 448
Amortissement des immobilisations	827 507	701 658
	5 869 921 $	6 787 044 $
Surplus (déficit) de l'exercice	**(60 582) $**	- $

TABLEAU 23

Fonds des immobilisations – Bilan
Au 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	135 072 $	1 004 689 $
Avance de fonds aux établissements publics	52 913 010	52 139 739
Débiteurs MSSS	-	455 898
Débiteur Gouvernement du Canada	8 647	46 261
Autres débiteurs et autres éléments	11 260	60 233
Immobilisations	3 674 932	3 648 094
Frais reportés liés aux dettes	161 297	145 560
Subvention à recevoir - réforme comptable	77 036 980	84 690 368
	133 941 198 $	**142 190 842 $**
PASSIF		
Découvert de banque	- $	24 091 $
Emprunts temporaires	56 084 048	54 341 606
Intérêts courus à payer	715 304	852 934
Salaires courus à payer et autres éléments	8 884	2 297 363
Créditeurs et autres charges à payer	210 402	-
Passif au titre des avantages sociaux futurs	10 873	6 146
Avance de fonds en provenance d'une agence	-	16 955
Dettes à long terme	76 135 553	84 226 301
	133 165 064 $	141 765 396 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**425 446 $**	**- $**
Déficit de l'exercice	(60 582)	84 235
Transferts interfonds (provenance)	411 270	471 650
Transferts interfonds (affectations) - autres	-	(130 439)
Solde à la fin	**776 134 $**	**425 446 $**
	133 941 198 $	**142 190 842 $**

TABLEAU 24

Fonds des activités régionalisées – État des résultats
Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	10 129 428 $	10 761 598 $
Variation des revenus reportés - MSSS	35 990	(961 790)
FINESSS	12 632 391	12 515 673
Contributions des établissements	479 258	1 844 334
Revenus d'intérêts	104 691	78 974
Ventes de services et recouvrements	3 438 102	1 241 244
Autres revenus	92 950	114 298
	26 912 810 $	25 594 331 $
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	6 457 484 $	6 068 321 $
Charges sociales	699 700	613 751
Frais de déplacement et de représentation	160 922	98 530
Services achetés	2 893 352	2 151 498
Publicité et communication	84 018	77 122
Loyers	34 559	26 945
Dépenses de transfert	12 632 391	12 515 673
Fournitures de bureau	74 519	407 162
Entretien et réparations	2 485 682	1 797 586
Autres charges	508 691	182 525
	26 031 318 $	23 939 113 $
Surplus de l'exercice	**881 492 $**	**1 655 218 $**

TABLEAU 25

Fonds des activités régionalisées – Bilan
Au 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	9 810 222 $	10 581 875 $
Débiteurs MSSS	1 118 812	1 033 008
Débiteurs établissements publics	1 123 631	759 112
Débiteurs Gouvernement du Canada	55 723	19 078
Autres débiteurs	530 764	465 918
Frais payés d'avance	19 179	44 601
Autres éléments	-	(13 627)
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	567 722	572 773
	13 226 053 $	**13 462 738 $**
PASSIF		
Découvert de banque	20 121 $	- $
Créditeurs MSSS	3 121 989	3 841 466
Créditeurs établissements publics	25 938	9 611
Créditeurs et autres charges à payer	2 060 128	929 287
Autres revenus reportés	2 851 984	2 960 570
Passif au titre des avantages sociaux futurs	717 631	657 847
	8 797 791 $	8 398 781 $
SOLDE DU FONDS		
Solde au début	**5 063 957 $**	**6 485 411 $**
Surplus de l'exercice	881 492	1 655 218
Transferts interfonds (provenance)	298 931	385 338
Transferts interfonds (affectations)	(1 816 118)	(1 828 197)
Autres transferts interfonds	-	130 439
Redressements demandés par le MSSS	-	(1 764 252)
Solde à la fin	4 428 262 $	5 063 957 $
	13 226 053 $	**13 462 738 $**

TABLEAU 26

Bilan et état cumulés de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés – Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
Encaisse	6 414 967 $	7 717 348 $
Débiteurs MSSS	4 608 810	909 934
Débiteurs établissements	193	-
Débiteurs Gouvernement du Canada	10 656	11 214
Débiteurs autres	215 268	123 829
Frais payés d'avance	-	11 499
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	46 961	47 312
	11 296 855 $	**8 821 136 $**
PASSIF		
Découvert de banque	- $	12 539 $
Créditeurs établissements	157 988	41 574
Créditeurs et autres charges à payer	2 401 862	1 595 543
Revenus reportés	419 558	146 587
Autres éléments	4 685	1 622
Passif au titre des avantages sociaux futurs	73 758	67 718
	3 057 851 $	**1 865 583 $**
SOLDE DU FONDS AU DÉBUT	6 955 553 $	6 483 024 $
Transferts interfonds (affectations)	-	(103 030)
	6 955 553 $	**6 379 994 $**

	Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS		
Crédits régionaux	56 558 653 $	51 590 933 $
Subvention MSSS	234 399	-
FINESSS	11 919 936	10 970 308
Revenus de placements	130 048	144 850
Autres revenus	16 922 844	16 017 666
	85 765 880 $	**78 723 757 $**
CHARGES		
Dépenses de transfert	83 710 166 $	77 733 327 $
Salaires	429 213	294 792
Avantages sociaux	88 811	42 713
Charges sociales	16 749	15 228
Frais de déplacement et de représentation	17 764	1 861
Services achetés	132 304	7 943
Location d'équipement	-	43 337
Fournitures de bureau	86 034	8 997
Autres charges	1 388	-
	84 482 429 $	**78 148 198 $**
SOLDE DU FONDS À LA FIN	**8 239 004 $**	**6 955 553 $**
	11 296 855 $	**8 821 136 $**

TABLEAU 27

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits
Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale inscrit dans le système SBF-R	**2 263 494 308 $**	2 172 027 117 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	2 098 790 712 $	2 016 416 144 $
Allocations aux organismes communautaires	68 585 311	67 164 466
Allocations à d'autres organismes	999	999
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**2 167 377 022 $**	2 083 581 609 $
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	86 086 760	82 898 224
Autres	76 500	90 600
TOTAL DES AFFECTATIONS	**2 253 540 282 $**	2 166 570 433 $
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	9 734 028	5 105 987
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	219 998	350 697
TOTAL	**2 263 494 308 $**	2 172 027 117 $

ANNEXE I
CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE, CONSEILS ET COMITÉS

Conseil d'administration

Membres

M. Richard Deschamps, président-directeur général et secrétaire
M[me] Nicole Mongeon, présidente
M. Philippe Bonneau, vice-président
M. Paul-André Dorval, président du comité de vérification
M[me] Liette Brousseau, présidente du comité de vigilance et de la qualité
D[r] Patrick Bisson
M[me] Nathalie Chartrand
D[r] Jean Desormeau
M[me] Lina Lauzier
M. Luc Mathieu
M[me] Danielle Picotte
M[me] Josée Robillard
M. Bruno Tremblay
M. Michel Wong Kee Song

Membres sortants

M. Michel Bienvenu
M. Jacques Laberge
M. Patrick Sabourin
M. Martin Turbide

Code d'éthique

La présidente du conseil d'administration témoigne du respect du Code d'éthique et de déontologie annexé à ce rapport.

Bilan des activités

Le mandat de plusieurs membres du CA a pris fin le 31 juillet 2012. Conformément à la nouvelle composition du CA et à la suite des consultations faites auprès des instances et organismes concernés, le ministre de la Santé et des Services sociaux a nommé cinq membres indépendants et un membre du comité régional sur les services pharmaceutiques. Il a aussi nommé un membre provenant d'un organisme communautaire. Le conseil remercie sincèrement les membres sortants pour leur importante contribution à la gouvernance du réseau montérégien.

Au cours de l'année se terminant le 31 mars 2013, le CA a tenu sept rencontres : une réunion extraordinaire et six séances publiques. Vingt-huit personnes ont été entendues lors des périodes de questions.

Il s'est prononcé sur plusieurs dossiers touchant l'organisation des services. Mentionnons le Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques, le Plan d'action régional 2012-2015 pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées et le Plan d'effectifs médicaux en omnipratique 2013. De plus, le Plan quinquennal des effectifs en médecine spécialisée 2010-2015 a été révisé pour intégrer les ressources en psychiatrie, en chirurgie thoracique, en radio-oncologie et en anatomopathologie pour 2013-2015.

Le conseil a procédé à l'évaluation annuelle de son fonctionnement et identifié des mesures à prendre pour mieux répondre aux besoins de ses membres. Avec l'arrivée de nouveaux membres, une formation sur le rôle, les responsabilités et le fonctionnement du conseil a été organisée en octobre 2012.

Le CA a de plus procédé à la refonte du Règlement déterminant les règles de fonctionnement du conseil d'administration et a adopté 3 nouveaux règlements de régie interne pour le comité de gouvernance et d'éthique, le comité de vérification et le comité d'évaluation du rendement du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Comité d'éthique et de gouvernance

Membres

M^me^ Nicole Mongeon, présidente
M. Philippe Bonneau, vice-président
M. Richard Deschamps, secrétaire

Bilan des activités

Conformément aux nouvelles modalités législatives, le comité de gouvernance et d'éthique a été mis sur pied. Un plan de travail en lien avec son mandat a été élaboré. Cinq rencontres ont été tenues.

À l'invitation du président-directeur général, dans la foulée du départ d'un directeur et des compressions additionnelles adressées à l'Agence en cours d'année, le comité a poursuivi sa réflexion sur la structure organisationnelle de l'Agence pour mieux répondre aux défis à venir dans la gestion du réseau régional. Il a recommandé au conseil un remaniement intérimaire des responsabilités de certains cadres supérieurs ainsi que la nomination de trois cadres supérieurs : l'adjoint au président-directeur général, la directrice adjointe des ressources informationnelles et la directrice de l'organisation des services et des opérations réseau.

Comité de vérification

Membres

M. Paul-André Dorval, président
M. Bruno Tremblay
M. Philippe Bonneau

Bilan des activités

Les membres du comité se sont réunis à cinq reprises. Ils ont notamment assuré le suivi des recommandations des vérificateurs externes ainsi que la planification de l'exercice de vérification 2012-2013. De plus, ils ont recommandé au conseil l'adoption du rapport financier annuel 2011-2012, des budgets du fonds d'exploitation, des fonds d'activités régionalisées et du fonds d'immobilisations 2012-2013 de l'Agence ainsi qu'un projet d'implantation d'une tarification sur le stationnement afin de respecter la circulaire ministérielle sur la gestion des stationnements.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

M^me^ Liette Brousseau, présidente
M^me^ Alexandrine Côté
M. Richard Deschamps
M. Luc Mathieu
M. Michel Wong Kee Song

Bilan des activités

Le comité a tenu quatre réunions. Les membres ont assuré le suivi de l'application des recommandations de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'à celles du Protecteur du citoyen.

De plus, les membres ont recommandé l'adoption du Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services de l'ASSSM et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

INSTANCES RÉGIONALES

Commission infirmière régionale (CIR)

Membres

M^me^ Sylvie Desjardins, présidente
M^me^ Chantal Charrette
M^me^ Nicole Choinière
M. Luc Daigneault
M^me^ Catherine Deslandes
M^me^ Sophie Dubois
M^me^ Céline Jodar
M^me^ Lina Lauzier
M^me^ Manon Martin
M^me^ Marie-Noëlle Ouellet

Membres sortants

M^me^ Pauline Plourde
M^me^ Lyne Tremblay

Bilan des activités

La CIR a tenu une rencontre pour finaliser son avis sur le Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. De plus, la CIR a été mise au fait de la campagne nationale d'information lancée par le Ministère auprès de la population sur le Dossier Santé Québec (DSQ).

Commission multidisciplinaire régionale (CMuR)

Membres

M. Stéphane Girard, président
M^me^ Monique Charbonneau
M^me^ Elizabeth Chittim
M^me^ Christine Daniel
M^me^ Isabelle Goffart
M^me^ Isabelle Kanash
M^me^ Isabelle Lavallée
M^me^ Chantal Lévesque
M^me^ Sylvie Martineau
M. Jean-Philippe Matton
M^me^ Marie Ouellet
M^me^ Danielle Picotte
M^me^ Diane Raymond

Bilan des activités

Les membres ont été convoqués à une réunion pour réviser leur avis sur le Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques. La campagne d'information sur le DSQ a également fait l'objet d'une présentation à la CMuR.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres élus

Dre Louise Quesnel, chef du DRMG
Dre Isabel Mayrand
Dre Manon Proulx

Membres nommés

Dre Karyne Amyot
Dr Michel Brodeur
Dr Jean Désormeau
Dre Renée Lafrenière
Dr Denis Lesieur
Dr Bernard Magnan
Dre Sylvie Parent
Dr Jacques Ricard
Dr Éric Sauvageau

Bilan des activités

Le DRMG donne son avis de pertinence clinique aux directions de l'Agence qui le demandent. Certains membres du comité de direction participent à différents comités tels le dossier clinique informatisé et le Comité régional pour l'implantation de l'infirmier praticien spécialisé et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, le comité inter direction sur les maladies chroniques. Un autre comité de travail du DRMG, de l'Agence et de certains départements de médecine générale et de médecine d'urgence a été créé afin de revoir la répartition des tâches hospitalières.

Le DRMG coordonne aussi les tables locales dans chacun des territoires. Leur mandat comprend, entre autres, l'amélioration des liens avec les CSSS pour optimiser l'offre de service médical.

Le DRMG chapeaute le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins de santé (CoMPAS) dans les ateliers qui sont offerts aux médecins omnipraticiens et aux intervenants en première ligne. Les ateliers CoMPAS ont comme objectif d'améliorer la condition de santé et le bien-être des patients atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, MCV et MPOC) et des comorbidités qui les accompagnent. Le DRMG appuie une gestion des activités médicales particulières mixtes pour permettre d'augmenter la prise en charge en première ligne. La gestion du plan régional des effectifs médicaux en omnipratique est basée sur l'équité quant aux ressources, à l'identification des besoins prioritaires et à l'organisation des soins en réseau interdisciplinaire pour atténuer les effets de la pénurie en médecine de famille dans la région.

Avec les effectifs disponibles, la priorité d'action du DRMG demeure que chaque Montérégien, particulièrement les plus vulnérables, ait accès à un médecin de famille. Au cours de l'année, le travail d'évaluation de l'offre de service des GMF et des cliniques-réseau s'est poursuivi, de même que les recommandations en vue de leur renouvellement ainsi que la recommandation pour l'accréditation de plusieurs projets.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS)

Membres élus

Dr Patrick Bisson, chef
Dr Sylvain Jourdain
Dr Gilles Scherer

Membres nommés

Dr André Comtois
Dr François Gobeil
Dre Michèle Leclerc
Dr Pierre McCabe
Dr Brent Martel
Dr Jacques Ricard

Bilan des activités

Au cours de l'année, la Table a tenu cinq réunions ordinaires et une conférence téléphonique.

En plus de la poursuite de ces travaux en lien avec le plan des effectifs médicaux spécialisés, notamment au niveau de la psychiatrie, la Table et ses sous-comités ont participé aux travaux concernant les dossiers suivants :

- le Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés à l'intention des patients atteints de maladies chroniques;
- les Centres régionaux pour la gestion de la douleur chronique;
- le Plan d'action régional en suppléance rénale;
- le Plan d'action régional sur le diagnostic et le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge;
- les corridors de services;
- L'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST;
- Le partage de la prise en charge médicale des clientèles.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Membres élus

M^me^ Josée Robillard, présidente
M^me^ Hélène Blanchette
M^me^ Mélanie Caron
M^me^ Julie Coderre

Membres nommés

M^me^ Catherine Charbonneau (démission à l'automne 2012)
M^me^ Lydia Cyr (nomination à l'automne 2012)
M^me^ Suzanne Fradet
M. Benoit Morand
M^me^ Diane Pelletier
D^r^ Jacques Ricard

Bilan des activités

Le CRSP a tenu six réunions. Il a effectué des travaux, donné des avis ou fait des recommandations sur les dossiers suivants :

- les ordonnances collectives, notamment l'ordonnance collective concernant l'acide folique et les multivitamines chez les femmes en âge de procréer et en périnatalité;
- la collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG) de la Montérégie et la présence d'un pharmacien aux tables locales du DRMG de la Montérégie;
- la transmission sur l'ordonnance de l'intention thérapeutique;
- la possibilité d'un projet pilote de pharmacien(s) dans des GMF;
- l'approvisionnement en médicaments par des compagnies pharmaceutiques;
- la rédaction d'un bulletin d'information en provenance du CRSP;
- le projet CoMPAS (collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services);
- le profil phamaceutique – liens entre les pharmaciens d'établissement et les pharmaciens en milieu communautaire;
- l'état des services pharmaceutiques en Montérégie;
- l'utilisation de la pénécilline G benzathine pour le traitement des personnes atteintes de syphilis;
- la nomination d'un membre du CRSP;
- l'appel de candidatures au conseil d'administration de l'Agence;
- l'organisation des services pour le diagnostic et le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en Montérégie;
- l'évolution du projet de système d'information de pharmacie (SIP);
- le Plan d'action régional sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales de l'Agence.

Comité régional sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise

Membres

M^me^ Catherine Lemay
M^me^ Louise Messier
M^me^ Johanne Fleurant
M^me^ Julie Hobbs
M^me^ Helen Noakes
M. Milton Reddick
M^me^ Joani Tannenbaum
M^me^ Lorraine Torpy
M^me^ Pauline Wiedow
M. David Wright

Bilan des activités

Considérant que le Programme d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la Montérégie 2011-2014 était en cours de mandat durant cette période et qu'aucune démarche de révision n'a été nécessaire, il n'y a eu qu'une seule rencontre du comité. Lors cette rencontre, une présentation a été effectuée par l'Agence auprès du comité régional au sujet des projets mis en œuvre dans le cadre de la Mesure 2 du Projet de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé chapeauté par l'Université McGill.

Comité régional sur l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles

Membres

M. Barrouk Bouchaib
M^me^ Miriam Del Pozo
M^me^ Sophie Leduc
M^me^ Xixi Lee
M^me^ Claudia Persa
M^me^ Anne-Laure Pravert
M. Hugues Tingué

Bilan des activités

Il n'y a pas eu d'activités pour ce comité au cours de la dernière année.

ANNEXE II
BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS, SURPLUS OU DÉFICIT

Le budget net de fonctionnement des établissements de la région totalise 2 066 697 546 $ pour l'année 2012-2013.

TABLEAU 28

Budget net de fonctionnement – Établissements publics

	2012-2013	2011-2012
CSSS		
CSSS Pierre-Boucher	259 063 406 $	249 276 989 $
CSSS Haut-Richelieu—Rouville	224 210 693 $	217 250 458 $
CSSS Pierre-De Saurel	102 605 590 $	98 689 869 $
CSSS du Suroît	125 595 734 $	122 072 431 $
CSSS Jardins-Roussillon	161 928 553 $	153 907 152 $
CSSS La Pommeraie	80 142 066 $	76 465 222 $
CSSS Richelieu-Yamaska	216 120 198 $	206 983 699 $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	49 641 604 $	47 753 782 $
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne	304 051 601 $	295 150 602 $
CSSS du Haut-Saint-Laurent	28 442 492 $	27 457 707 $
CSSS de la Haute-Yamaska	124 189 476 $	118 241 711 $
Sous-total - CSSS	**1 675 991 413 $**	**1 613 249 622 $**

	2012-2013	2011-2012
ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX		
Centre jeunesse de la Montérégie	144 519 946 $	136 518 858 $
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	83 594 659 $	82 201 271 $
Centre montérégien de réadaptation	28 256 077 $	28 759 774 $
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	49 201 396 $	47 887 705 $
Centre de réadaptation Foster	3 549 010 $	3 660 328 $
Institut Nazareth et Louis-Braille	15 153 427 $	14 997 612 $
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	9 052 613 $	9 065 982 $
Sous-total – Établissements régionaux	**333 327 128 $**	**323 091 530 $**
TOTAL - ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	**2 009 318 541 $**	**1 936 341 152 $**

TABLEAU 29

Budget agréé – Établissements privés conventionnés

	2012-2013	2011-2012
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE		
Accueil du Rivage Inc.	1 993 858 $	1 997 023 $
Centre d'accueil Marcelle-Ferron	16 700 294 $	15 728 259 $
Résidence Sorel-Tracy inc.	4 057 515 $	3 955 901 $
Santé Courville de Waterloo	1 530 002 $	1 498 521 $
Vigi Santé ltée (CHSLD de Brossard)	4 575 805 $	4 398 279 $
Vigi Santé ltée (CHSLD de Montérégie)	6 459 921 $	6 260 593 $
Centre d'hébergement Champlain—Jean-Louis-Lapierre	4 831 099 $	4 576 371 $
Centre d'hébergement Champlain-des-Pommetiers	10 735 323 $	10 705 033 $
Centre d'hébergement Champlain-de-Châteauguay	6 495 188 $	6 368 083 $
TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS	**57 379 005 $**	**55 488 063 $**

TABLEAU 30

Total régional du budget net de fonctionnement et budget agréé

	2012-2013	2011-2012
Établissements publics et Établissements privés conventionnés	2 066 697 546 $	1 991 829 215 $

TABLEAU 31

Surplus ou déficit – Établissements publics

CSSS	2012-2013	2011-2012
CSSS Pierre-Boucher	2 450 275 $	1 150 836 $
CSSS Haut-Richelieu—Rouville	597 012 $	1 047 332 $
CSSS Pierre-De Saurel	1 103 722 $	(408 959 $)
CSSS du Suroît	223 060 $	(203 149 $)
CSSS Jardins-Roussillon	24 517 $	1 224 267 $
CSSS La Pommeraie	349 738 $	376 285 $
CSSS Richelieu-Yamaska	28 408 $	3 777 693 $
CSSS de Vaudreuil-Soulanges	232 358 $	2 182 447 $
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne	656 118 $	3 714 284 $
CSSS du Haut-Saint-Laurent[1]	(55 092 $)	13 624 $
CSSS de la Haute-Yamaska	1 937 759 $	3 463 890 $
Sous-total - CSSS	**7 547 875 $**	**16 338 550 $**

ÉTABLISSEMENTS RÉGIONAUX	2012-2013	2011-2012
Centre jeunesse de la Montérégie	753 255 $	2 185 113 $
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est	287 301 $	829 007 $
Centre montérégien de réadaptation	1 246 939 $	1 537 287 $
Les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort	120 028 $	(56 996 $)
Centre de réadaptation Foster	180 760 $	137 599 $
Institut Nazareth et Louis-Braille	645 606 $	779 328 $
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	89 346 $	78 148 $
Sous-total – Établissements régionaux	**3 323 235 $**	**5 489 486 $**

TOTAL - ÉTABLISSEMENTS PUBLICS[2]	**10 871 110 $**	**21 828 036 $**

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNES	2012-2013	2011-2012
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		
Accueil du Rivage Inc.	31 792 $	46 280 $
Centre d'accueil Marcelle-Ferron	(506 566 $)	(281 751 $)
Résidence Sorel-Tracy inc.	91 562 $	322 338 $
Santé Courville de Waterloo	58 466 $	(128 580 $)
Vigi Santé Ltée (CHSLD de Brossard)	159 502 $	163 570 $
Vigi Santé Ltée (CHSLD de Montérégie)	227 422 $	159 654 $
Centre d'hébergement Champlain—Jean-Louis-Lapierre	(93 765 $)	44 146 $
Centre d'hébergement Champlain-de-Châteauguay	239 911 $	263 672 $
Centre d'hébergement Champlain-des-Pommetiers	390 856 $	199 958 $
TOTAL - ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS	**599 180 $**	**789 287 $**

TOTAL RÉGIONAL DU SURPLUS (DÉFICIT) – ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS	**11 470 290 $**	**22 617 323 $**

[1] Déficit financé par les surplus cumulés de l'établissement.
[2] Excluant les transferts interfonds d'une valeur de 9 411 124 $ en 2012-2013.

ANNEXE III
SUBVENTIONS DÉTAILLÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

En 2012-2013, 456 organismes ont reçu 68,6 M$.

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
AGRESSION À CARACTÈRE SEXUEL	Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de la Montérégie	223 202 $	145 154 $
	TOTAL	**223 202 $**	145 154 $
ALCOOLISME, TOXICOMANIE, DÉPENDANCE	Maison l'Alcôve inc.	594 827 $	584 520 $
	Satellite organisme en prévention des dépendances	57 334 $	45 797 $
	Pavillon L'Essence Ciel	285 873 $	249 993 $
	Maison La Margelle inc.	473 469 $	455 596 $
	Liberté de choisir	126 218 $	125 644 $
	Horizon Soleil, Table de concertation de prévention des toxicomanies et de promotion de la santé de la région d'Acton	74 885 $	67 914 $
	Centre sur l'Autre-Rive inc.	355 178 $	312 221 $
	Centre d'entraide La Boussole inc.	35 568 $	35 568 $
	Carrefour Le Point Tournant inc.	279 196 $	176 230 $
	Actions dépendances	118 301 $	128 047 $
	Prévention des dépendances l'Arc-en-ciel	78 552 $	78 019 $
	TOTAL	**2 479 401 $**	2 259 549 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE	Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	35 878 $	35 140 $
	Espace Châteauguay	145 659 $	135 441 $
	Pacte de rue inc. (Le)	241 529 $	238 940 $
	Maisonnette Berthelet (La)	35 010 $	29 393 $
	Maison de Jonathan inc. (La)	235 987 $	231 524 $
	Macadam Sud	613 213 $	549 833 $
	Espace Suroît	145 568 $	135 228 $
	Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains (Le)	151 042 $	144 876 $
	Centre de formation à l'autogestion du Haut-Richelieu	54 402 $	53 283 $
	Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	50 072 $	62 403 $
	Boîte à lettres de Longueuil (La)	87 430 $	85 838 $
	POSA/ Source des Monts	165 397 $	161 692 $
	Bienville, Allons de l'Avant!	13 340 $	12 920 $
	Comité Jeunesse La Presqu'Ile	23 000 $	15 000 $
	Aiguillage (L')	150 078 $	104 487 $
	TOTAL	**2 147 605 $**	1 995 998 $
AUTRES RESSOURCES POUR FEMMES	Hébergement Maison de la Paix inc.	195 828 $	155 820 $
	Maison d'hébergement et de transition l'Égide	101 362 $	99 277 $
	TOTAL	**297 190 $**	255 097 $
CANCER	Amis du Crépuscule (Les)	59 147 $	57 931 $
	Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal	20 000 $	10 000 $
	Présence Amie de la Montérégie	62 481 $	62 481 $
	Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	47 557 $	47 557 $
	Organisation vouée aux personnes atteintes de cancer (OVPAC)	15 133 $	14 713 $
	TOTAL	**204 318 $**	192 682 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAG)	Centre de bénévolat de Saint-Basile-le-Grand inc.	51 816 $	50 750 $
	Centre d'action bénévole La Seigneurie de Monnoir	124 098 $	121 698 $
	Centre d'action bénévole L'Actuel	327 017 $	269 659 $
	Centre d'action bénévole et communautaire La Mosaïque	188 777 $	185 017 $
	Centre d'action bénévole Soulanges	64 541 $	104 687 $
	Centre d'actions bénévoles Intéraction	71 354 $	69 886 $
	Centre de bénévolat d'Acton Vale	132 281 $	200 964 $
	Centre de bénévolat de la Rive-Sud	480 230 $	470 353 $
	Centre de bénévolat de St-Hyacinthe inc. (Le)	225 176 $	220 545 $
	Centre de bénévolat Mieux-Etre Ville de Lac Brome	2 235 $	2 235 $
	Centre de soutien entr'Aidants	265 228 $	259 773 $
	Centre d'entraide bénévole de St-Amable inc.	181 674 $	169 159 $
	Centre d'entraide régional d'Henryville	74 951 $	73 409 $
	Service d'action bénévole «Au coeur du Jardin» Inc.	189 600 $	185 700 $
	Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu inc.	135 256 $	132 474 $
	Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région	203 963 $	134 577 $
	Envolée Centre d'action bénévole Ste-Julie (L')	141 747 $	138 832 $
	Centre d'action bénévole de Beauharnois (Le)	184 506 $	180 712 $
	Centre d'action bénévole du grand Châteauguay	175 478 $	171 869 $
	Centre d'action bénévole Les p'tits bonheurs de St-Bruno	118 822 $	116 378 $
	Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	130 909 $	128 216 $
	Centre d'action bénévole de Boucherville	207 200 $	202 938 $
	Centre d'action bénévole de Contrecoeur « À plein coeur »	93 379 $	91 458 $
	Centre d'action bénévole de Cowansville	163 545 $	160 405 $
	Centre d'action bénévole de Farnham inc.	149 861 $	146 779 $
	Centre d'action bénévole de Granby inc.	205 526 $	201 419 $
	Centre d'action bénévole de la Vallée du Richelieu inc.	189 399 $	184 193 $
	Centre d'action bénévole de Saint-Césaire	107 721 $	105 505 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAG) (suite)	Centre d'action bénévole de Saint-Hubert	154 999 $	147 893 $
	Centre d'action bénévole de St-Jean-sur-Richelieu inc. (Le)	186 124 $	192 295 $
	Centre d'action bénévole de Valleyfield inc.	208 526 $	204 237 $
	Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	164 081 $	160 808 $
	Action bénévole de Varennes	23 080 $	22 605 $
	Carrefour communautaire l'Arc-en-ciel	102 664 $	100 552 $
	Centre d'action bénévole de la Frontière	102 605 $	100 495 $
	TOTAL	**5 528 369 $**	5 408 475 $
CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) La Vigie	249 244 $	244 118 $
	Traversée (Rive-Sud) (La)	391 640 $	378 688 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) Châteauguay	304 618 $	298 507 $
	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	261 166 $	256 033 $
	C.I.V.A.S. L'Expression libre du Haut-Richelieu	161 435 $	158 526 $
	Centre d'aide pour victimes d'agression sexuelle Richelieu-Yamaska et Sorel-Tracy C.A.V.A.S.	184 666 $	180 868 $
	TOTAL	**1 552 769 $**	1 516 740 $
CENTRES DE FEMMES	Com'femme	181 133 $	177 407 $
	Ressources-Femmes de la région d'Acton	186 292 $	182 460 $
	Re-Nou-Vie	259 167 $	202 417 $
	Inform'elle inc.	181 447 $	177 715 $
	Entr'Elles Granby inc.	326 278 $	319 568 $
	Centre de femmes « L'Autonomie en soie »	186 834 $	182 115 $
	Entre Ailes Ste-Julie	187 810 $	183 947 $
	D'main de femmes	181 447 $	177 715 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
CENTRES DE FEMMES (suite)	Contact'L De Varennes	25 849 $	20 420 $
	Centre de femmes, Vie Nous V'Elles	181 371 $	177 641 $
	Centre de femmes l'Essentielle (Le)	182 168 $	179 085 $
	Centre de femmes l'Éclaircie	189 011 $	205 123 $
	Centre de femmes La Marg'Elle inc.	181 653 $	177 917 $
	Centre de femmes « La Moisson »	181 520 $	177 786 $
	Association Avante	180 843 $	177 123 $
	Ainsi soit-elle (centre de femmes)	181 652 $	177 916 $
	Collective par et pour Elle inc.	185 115 $	181 308 $
	Centre de femmes du Haut-Richelieu	204 561 $	191 741 $
	TOTAL	**3 384 151 $**	3 269 404 $
COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET AUTOCHTONES	Centre Sino-Québec de la Rive-Sud	96 326 $	90 028 $
	TOTAL	**96 326 $**	90 028 $
CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie	188 626 $	184 746 $
	Regroupement du travail de proximité de la Montérégie (R.T.P.M.)	26 951 $	30 420 $
	Regroupement des maisons de jeunes du Québec, section Montérégie	17 765 $	22 345 $
	Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (L')	67 406 $	66 019 $
	Regroupement des centres d'action bénévole de la Montérégie	12 693 $	12 273 $
	TOTAL	**313 441 $**	315 803 $
CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE	Centre périnatal Le Berceau	45 247 $	44 316 $
	Soutien Lactéa	183 365 $	182 544 $
	Nourri-Source - Montérégie	59 333 $	53 215 $
	Mouvement S.E.M (sensibilisation à l'enfance maltraitée)	70 223 $	68 779 $
	Groupe soutien allaitement maternel La mère à boire	3 547 $	3 127 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE (suite)	MAM autour de la maternité	51 590 $	50 529 $
	Grands Frères et les Grandes Soeurs de Saint-Hyacinthe (Les)	86 844 $	85 119 $
	Comité d'allaitement maternel CALM	12 612 $	12 192 $
	Entraide Maternelle du Richelieu	12 404 $	6 984 $
	Carrefour Naissance-Famille	228 667 $	225 404 $
	Grands frères/grandes soeurs du Suroît inc.	98 237 $	98 445 $
	TOTAL	**852 069 $**	830 654 $
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	Parrainage civique des MRC d'Acton et des Maskoutains	64 953 $	62 801 $
	Club de la joie de vivre pour personnes handicapées de Valleyfield	13 663 $	15 920 $
	Club des personnes handicapées de Farnham et MRC Brôme-Missisquoi inc.	39 377 $	31 401 $
	Hyper-Lune	138 234 $	124 357 $
	Maison de répit Déragon inc.	93 099 $	134 549 $
	Maison de répit L'intermède	123 851 $	131 230 $
	Maison Répit-Vacances inc.	108 695 $	121 183 $
	Mouvement action découverte pour personnes handicapées de la région de Châteauguay	64 924 $	61 309 $
	Mouvement action loisirs (M.A.L.I.)	66 273 $	62 652 $
	Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (P.E.H.D.A.A.)	42 726 $	40 713 $
	Parrainage civique Champlain	90 447 $	86 819 $
	Clé des Champs Sainte-Julie inc. (La)	6 975 $	5 220 $
	Parrainage Civique de Vaudreuil Soulanges	191 384 $	190 382 $
	Halte Soleil	101 460 $	120 969 $
	Parrainage civique du Haut-Richelieu	83 453 $	80 921 $
	Projet récolte chanceuse	833 $	
	Relâche (Répit V.S.) (La)	16 512 $	14 920 $
	Répit Le Zéphyr	78 408 $	58 253 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (suite)	Rescousse (La), regroupement des parents de personnes handicapées du Grand Châteauguay	70 236 $	66 599 $
	Parrainage civique de la Vallée du Richelieu	75 958 $	73 580 $
	Association de parents de l'enfance en difficulté de la Rive-Sud, Montréal, ltée	173 189 $	168 811 $
	Action intégration en déficience intellectuelle	117 145 $	125 252 $
	Amis-Soleils de St-Bruno (Les)	7 653 $	5 910 $
	Arche Beloeil inc. (L')	367 698 $	381 088 $
	Association de la déficience intellectuelle de la région de Sorel	60 431 $	62 582 $
	Jonathan de Soulanges inc.	41 963 $	40 284 $
	Association de la Vallée du Richelieu pour la déficience intellectuelle	1 423 $	
	Centre Louise Bibeau inc.	94 102 $	120 751 $
	Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	66 421 $	63 731 $
	Association de parents en déficience intellectuelle et physique	163 635 $	159 453 $
	Association des parents des enfants handicapés Richelieu-Val-Maska (L')	58 266 $	52 228 $
	Centre Éducatif et de Loisirs en Déficience Intellectuelle (Le Centre ÉLODI)	95 607 $	120 795 $
	Association Garagona inc.	833 $	
	Association Granby pour la déficience intellectuelle	60 467 $	60 429 $
	Association locale des personnes handicapées de Chambly et la région-Alpha	90 656 $	86 934 $
	Association québécoise de la dysphasie, région Montérégie	75 916 $	73 744 $
	Association québécoise des troubles d'apprentissage de Bedford, section Brome-Missisquoi	53 416 $	51 563 $
	Camp Soleil de Melissa	1 423 $	
	Centre de répit-dépannage Aux quatre poches inc.	151 364 $	172 997 $
	Association des parents et des handicapés de la Rive-Sud Métropolitaine	88 390 $	84 678 $
	Association de la Rive-Sud pour la Déficience Intellectuelle, ARSDI	94 279 $	120 756 $
	TOTAL	**3 335 738 $**	3 435 764 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
DÉFICIENCE PHYSIQUE	Envol du Haut-Richelieu inc. (L')	77 654 $	75 241 $
	Foyer St-Antoine de Longueuil inc. (Le)	442 046 $	431 932 $
	Lucioles de St-Hubert (Les)	11 473 $	10 220 $
	O.E.I.L. (L')	833 $	
	Regroupement des personnes handicapées de la région de Beauharnois inc. (Le)	7 519 $	5 773 $
	Regroupement des personnes handicapées région du Haut-Richelieu inc.	7 046 $	6 213 $
	Sclérose en plaques St-Hyacinthe-Acton	38 994 $	37 376 $
	Société canadienne de la sclérose en plaques, section Granby et régions	49 485 $	47 651 $
	Société canadienne de la sclérose en plaques (section Montérégie)	75 533 $	73 164 $
	Association des devenus sourds et des malentendants du Québec, secteur Sud-Ouest	39 499 $	42 871 $
	Centre Notre-Dame de Fatima	82 611 $	79 678 $
	Société canadienne de la sclérose en plaques - section Sorel-Tracy	38 797 $	37 183 $
	Association des personnes handicapées de la Vallée du Richelieu	73 479 $	71 152 $
	Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	12 473 $	11 220 $
	Centre de réhabilitation A.V.C. Montérégie	10 489 $	9 236 $
	Association des personnes aphasiques du Richelieu-Yamaska	33 279 $	31 779 $
	Association des personnes handicapées physiques de Cowansville et région	93 879 $	90 144 $
	Association des personnes handicapées Sorel-Tracy	71 283 $	69 001 $
	Association des traumatisés cranio-cérébraux de la Montérégie	67 044 $	63 420 $
	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Montréal régional inc.	49 485 $	47 651 $
	Association montérégienne de la surdité	64 444 $	62 303 $
	Association sclérose en plaques Rive-Sud	99 130 $	96 275 $
	Au moulin de la source	164 112 $	159 921 $
	Aphasie Rive-Sud	21 838 $	20 573 $
	TOTAL	**1 632 425 $**	1 579 977 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
DÉFICIENCES MULTIPLES	Association des personnes handicapées de la Rive-Sud Ouest	125 247 $	121 383 $
	TOTAL	**125 247 $**	121 383 $
HÉBERGEMENT MIXTE	Abri de la Rive-Sud	282 333 $	276 526 $
	Centre de transition en Itinérance du Suroît	11 340 $	5 920 $
	Hébergement la C.A.S.A. Bernard Hubert	444 275 $	424 673 $
	Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby inc.	300 828 $	294 641 $
	TOTAL	**1 038 776 $**	1 001 760 $
HOMMES EN DIFFICULTÉ	Entraide pour hommes Vallée du Richelieu inc. (L')	380 292 $	371 417 $
	Via L'Anse	187 858 $	162 373 $
	AVIF (Action sur la violence et intervention familiale)	178 198 $	160 705 $
	Maison Le Passeur	146 583 $	133 774 $
	Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	154 189 $	151 018 $
	TOTAL	**1 047 120 $**	979 287 $
MAINTIEN À DOMICILE	Entraide Chez Nous (L')	83 185 $	81 474 $
	S.A.B.E.C. (Services d'accompagnement bénévole et communautaires)	106 343 $	81 771 $
	Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	117 999 $	115 572 $
	Popote roulante de Salaberry-de-Valleyfield (La)	62 051 $	65 775 $
	Popote roulante de l'Ange-Gardien	5 000 $	5 000 $
	Popote roulante de Châteauguay	30 525 $	30 525 $
	Popote de la région de Bedford (La)	37 132 $	36 368 $
	Maison des aînés de Soulanges (La)	86 775 $	84 990 $
	Joyeux retraités de Longueuil	7 693 $	7 273 $
	Entraide 3e âge maskoutaine	133 548 $	130 801 $
	Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	34 565 $	34 565 $
	Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	35 588 $	34 856 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
MAINTIEN À DOMICILE (suite)	Centre Communautaire Multi-services Un coin chez-nous 1983	142 187 $	139 262 $
	Association vivre et vieillir chez soi du Bas-Richelieu inc.	86 694 $	84 911 $
	Association des aidants(es) naturels(les) du Bas-Richelieu	83 761 $	82 038 $
	Société Alzheimer du Haut-Richelieu	105 573 $	103 402 $
	Lunch club soleil	32 318 $	31 653 $
	Société Alzheimer de Granby et région inc.	76 718 $	75 140 $
	Société Alzheimer Des Maskoutains - Vallée des Patriotes	20 353 $	30 933 $
	TOTAL	**1 288 008 $**	1 256 309 $
MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE	Antre-temps Longueuil (L')	456 400 $	428 388 $
	Auberge sous mon toit inc.	463 011 $	419 229 $
	Élan des jeunes (L')	31 387 $	
	Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	273 656 $	279 245 $
	Maison Le Baluchon	421 921 $	403 361 $
	TOTAL	**1 646 375 $**	1 530 223 $
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ	Maison Hina inc.	732 279 $	705 415 $
	Résidence Elle du Haut St-Laurent	551 734 $	540 386 $
	Maison La Source du Richelieu	747 123 $	712 472 $
	Maison d'hébergement Simonne-Monet-Chartrand	683 133 $	669 082 $
	Maison d'aide et d'hébergement La Re-source de Châteauguay	716 722 $	701 980 $
	Horizon pour elle inc.	739 498 $	724 288 $
	Hébergement d'Urgence Violence Conjugale Vaudreuil-Soulanges (La Passerelle)	650 088 $	636 717 $
	Clé sur la porte, maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants inc.	777 350 $	761 361 $
	Carrefour pour elle	771 675 $	755 803 $
	Accueil pour elle (L')	749 279 $	733 868 $
	Maison Alice-Desmarais	726 338 $	711 399 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ (suite)	Pavillon Marguerite de Champlain	748 526 $	733 130 $
	TOTAL	**8 593 745 $**	8 385 901 $
MAISONS DE JEUNES	Maison des jeunes de Sainte-Anne-de-Sorel «Le phare des jeunes» inc.	78 057 $	79 082 $
	Maison des jeunes de Verchères (La)	126 597 $	121 509 $
	Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion	76 421 $	76 023 $
	Maison des jeunes de Varennes inc.	98 625 $	102 879 $
	Maison des jeunes de Tracy L'Air du temps inc.	85 429 $	84 960 $
	Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	87 709 $	82 468 $
	Maison des jeunes de Saint-Rémi inc. (La)	120 117 $	123 888 $
	Maison des jeunes de Saint-Philippe	115 348 $	155 660 $
	Maison des jeunes de Sainte-Julie inc. (La)	97 438 $	96 727 $
	Maison des jeunes de Saint-Dominique (La)	17 140 $	32 720 $
	Maison des Jeunes des Quatre-Vents	16 568 $	10 769 $
	Programme d'intervention jeunesse (P.I.J.)	80 600 $	82 303 $
	Maison des jeunes de Saint-Hyacinthe (La)	96 854 $	95 117 $
	Maison des jeunes La Porte ouverte	137 464 $	136 144 $
	Maison des jeunes La Traversée	66 772 $	64 213 $
	Maison des jeunes Le Boum (La)	101 945 $	101 020 $
	Maison des jeunes Le Dôme inc.	98 031 $	95 582 $
	Maison des jeunes l'Entracte (La)	76 643 $	76 590 $
	Maison des jeunes Les Cèdres	66 050 $	65 965 $
	Maison des jeunes Merciérois	49 982 $	26 665 $
	Maison des jeunes Sympholie	29 748 $	26 886 $
	Maison des jeunes de Saint-Bruno inc.	91 059 $	90 617 $
	Programme action jeunesse de Candiac	93 591 $	92 876 $
	Maison des Jeunes des Quatre Fenêtres inc. (La)	123 368 $	113 147 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
MAISONS DE JEUNES (suite)	Société pour l'épanouissement des jeunes de St-Amable (La)	76 184 $	71 266 $
	Maison jeunesse L'Oxy-Bulle de Roxton	37 614 $	35 038 $
	Centre jeunesse «Le trait d'union»	128 983 $	127 650 $
	Maison des jeunes La piaule de Boucherville	79 262 $	79 248 $
	Maison des jeunes de Rigaud (La)	78 727 $	78 357 $
	Action jeunesse St-Pie X de Longueuil inc.	96 379 $	95 580 $
	Adoléus inc. (L')	76 353 $	76 348 $
	Butte (La)	29 105 $	30 532 $
	Centre amitié-jeunesse Chambly inc.	84 559 $	84 117 $
	Exit de Waterloo (L')	166 800 $	184 047 $
	Jeunesse Beauharnois	98 310 $	92 603 $
	Maison de jeunes de Sorel inc.	214 258 $	237 693 $
	Maison de jeunes des quatre lieux	76 317 $	78 623 $
	Maison de jeunes l'Escalier en mon Temps	149 014 $	141 382 $
	Maison de jeunes Sac-Ado	84 559 $	84 117 $
	Maison de la jeunesse douze-dix-sept de Valleyfield	93 194 $	92 622 $
	Maison des jeunes de Longueuil	87 359 $	84 117 $
	Action jeunesse Roussillon	96 057 $	94 158 $
	Maison des jeunes de l'Île Perrot - Martin Bernier	73 660 $	73 346 $
	Maison des jeunes de La Prairie (La)	80 614 $	81 117 $
	Maison des jeunes de la Frontière (La)	17 540 $	19 061 $
	Carrefour jeunesse d'Iberville	102 320 $	88 296 $
	Maison des jeunes de Huntingdon inc. (La)	95 892 $	93 921 $
	Maison des jeunes de Granby inc. (La)	115 987 $	115 077 $
	Maison des jeunes de Farnham inc.	127 825 $	125 335 $
	Maison des jeunes de Contrecoeur inc.	99 212 $	98 448 $
	Maison des jeunes de Beaujeu (La)	77 248 $	79 783 $
	Maison des jeunes d'Acton Vale (La)	83 268 $	84 560 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
MAISONS DE JEUNES (suite)	Maison des jeunes Châtelois inc.	130 687 $	126 913 $
	Maison des jeunes de Marieville	5 000 $	11 861 $
	TOTAL	**4 793 843 $**	4 799 026 $
ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE	Justice alternative du Haut-Richelieu	259 913 $	287 853 $
	Justice Alternative Richelieu-Yamaska	383 205 $	378 250 $
	Justice Alternative Pierre De Saurel inc.	127 110 $	132 156 $
	Ressources alternatives Rive-Sud	799 215 $	782 808 $
	Justice alternative du Suroît	438 067 $	421 513 $
	Bénado inc.	334 941 $	328 052 $
	Justice alternative et médiation	262 380 $	256 983 $
	TOTAL	**2 604 831 $**	2 587 615 $
ORIENTATION ET IDENTITÉ SEXUELLES	Divers-Gens		500 $
	Jeunes Adultes GAI-E-S (J.A.G.)	81 476 $	79 851 $
	TOTAL	**81 476 $**	80 351 $
PERSONNES ÂGÉES	Comité mieux vieillir à Sainte-Martine	2 094 $	1 674 $
	Regroupement pour la santé des aînés du Vieux Sorel	32 327 $	31 662 $
	Société Alzheimer du Suroît	131 233 $	128 534 $
	Regroupement des organismes montérégiens d'aidants naturels (ROMAN)	45 953 $	45 533 $
	Projet Communic-Action	118 730 $	116 288 $
	Maison des Tournesols (1981)	280 076 $	274 315 $
	Maison des aînés (es) de La Prairie	40 422 $	39 591 $
	Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges	87 385 $	85 588 $
	FADOQ - Région Rive-Sud-Suroît	129 182 $	128 762 $
	Société Alzheimer Rive-Sud	715 053 $	700 345 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
PERSONNES ÂGÉES (suite)	Club 3e âge de Farnham inc.	10 840 $	10 420 $
	Centre de soutien au réseau familial (CSRF)	181 719 $	177 981 $
	Centre communautaire l'Entraide plus inc.	98 950 $	96 915 $
	Centre communautaire des aînés et aînées de Longueuil	160 625 $	157 321 $
	Briser l'Isolement chez les aînés, centre d'écoute Montérégie	21 140 $	10 720 $
	Baladeur René de Longueuil	6 085 $	6 085 $
	Action-services aux proches aidants de Longueuil	117 215 $	114 598 $
	Aidants naturels du Haut St-Laurent (ANHSL) (Les)	79 411 $	77 778 $
	Club St-Luc de Verchères	6 480 $	6 060 $
	TOTAL	**2 264 920 $**	2 210 170 $
PERSONNES DÉMUNIES	Moisson Maskoutaine (La)	52 710 $	52 278 $
	Maison d'hébergement dépannage de Valleyfield M.H.D.V.	193 084 $	189 112 $
	Maison de l'entraide de Ste-Julie inc. (La)	23 243	22 823 $
	Grenier aux trouvailles (Partage sans faim)	90 498 $	90 983 $
	Entraide Mercier	11 980 $	11 560 $
	Moisson Rive-Sud	139 147 $	136 432 $
	Cuisines collectives LIMO	31 442 $	36 422 $
	Ressources St-Jean-Vianney	47 127 $	46 594 $
	Cuisines de l'Amitié	39 628 $	43 540 $
	Moisson Sud-Ouest	140 284 $	145 501 $
	Partage Notre-Dame	24 909 $	
	Porte du passant inc. (La)	122 535 $	116 377 $
	Repas du Passant (Le)	164 482 $	161 290 $
	S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	143 787 $	141 054 $
	Sourire sans fin	217 054 $	214 627 $
	Service alimentaire communautaire (S.A.C.) (Le)	41 528 $	44 975 $
	Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	97 222 $	95 523 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
PERSONNES DÉMUNIES (suite)	Rencontre Châteauguoise (La)	182 207 $	246 069 $
	Bouffe du Carrefour (La)	95 220 $	94 063 $
	Cuisine collective Soulanges	47 568 $	46 712 $
	Association pour la défense des droits sociaux de Huntingdon	49 231 $	47 729 $
	Aide momentanée pour les urgences Rigaudiennes (A.M.U.R.) inc.	11 922 $	11 502 $
	Bouffe Additionnelle (La)	71 170 $	72 849 $
	Café de la Débrouille (Le)	24 993 $	23 289 $
	Café des deux pains de Valleyfield	82 565 $	81 081 $
	Carrefour communautaire Saint-Roch-de-Richelieu	86 836 $	84 023 $
	Carrefour Le Moutier	62 727 $	51 767 $
	Croisée de Longueuil inc. (La)	162 372 $	160 379 $
	Carrefour-Dignité (St-Jean)	26 273 $	25 733 $
	Centre communautaire de Châteauguay inc.	36 022 $	35 281 $
	Centre de partage communautaire Johannais (CPCJ)	6 340 $	5 920 $
	Coin du partage de Beauharnois inc. (Le)	43 384 $	28 317 $
	Comité Action Populaire Lemoyne	43 959 $	43 331 $
	Complexe Le Partage	144 481 $	135 325 $
	Corne d'abondance entraide alimentaire et solidarité (La)	93 895 $	92 461 $
	Carrefour Mousseau	124 355 $	122 723 $
	Aux sources du bassin de Chambly	49 635 $	33 989 $
	TOTAL	**3 025 815 $**	2 991 634 $
SANTÉ MENTALE	Maison le Point Commun	368 884 $	361 297 $
	Maison Jacques-Ferron	458 296 $	448 870 $
	Maison du Goéland de la Rive-sud (La)	544 795 $	533 590 $
	Maison d'intervention Vivre	336 495 $	329 574 $
	Maison d'hébergement R.S.S.M.	401 493 $	393 235 $
	Maison alternative de développement humain (MADH) inc.	221 265 $	216 714 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
SANTÉ MENTALE (suite)	Hébergement l'Entre-Deux	450 466 $	441 201 $
	Havre à nous (le) / Our Harbour	42 616 $	36 842 $
	Groupe d'entraide L'Arrêt-Court, Sorel-Tracy	122 957 $	125 428 $
	Maison sous les arbres	1 048 404 $	1 026 840 $
	Tel-aide région du Suroît	73 716 $	72 200 $
	Groupe d'entraide le Dahlia de Beauharnois (Le)	126 539 $	123 936 $
	Oasis Santé Mentale Granby et région	231 338 $	226 580 $
	Phare source d'entraide (Le)	143 934 $	141 197 $
	Phare, Saint-Hyacinthe et régions Inc (Le)	224 172 $	219 561 $
	Pont du Suroît (Le)	204 010 $	199 814 $
	Psycohésion inc.	115 298 $	108 029 $
	Réseau d'habitations Chez soi	166 061 $	162 645 $
	Ressource de transition le Tournant	885 362 $	863 626 $
	Groupe d'entraide G.E.M.E.	51 268 $	50 214 $
	Société de schizophrénie de la Montérégie	20 849 $	25 420 $
	Élan demain inc. (L')	615 146 $	602 494 $
	Toits d'Émile (Les)	43 253 $	37 466 $
	Trait-d'Union Montérégien	92 059 $	90 166 $
	Transition pour elles inc.	207 743 $	203 170 $
	Service d'intervention en santé mentale - ESPOIR	1 144 163 $	1 120 630 $
	Arc-en-ciel des Seigneuries, groupe d'entraide en santé mentale (L')	113 775 $	116 435 $
	Accolade Santé Mentale (L')	220 280 $	215 749 $
	Alternative - Centregens	412 901 $	293 243 $
	Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	393 166 $	385 079 $
	Association « Et si c'était moi »	15 530 $	20 420 $
	Filiale Rive-Sud de l'A.C.S.M.	69 185 $	67 762 $
	Arc-en-ciel (Vaudreuil-Soulanges)	164 661 $	160 173 $
	Groupe d'entraide « Pi-Après »	77 291 $	80 804 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
SANTÉ MENTALE (suite)	Association canadienne pour la santé mentale filiale Sorel-St-Joseph-Tracy	86 113 $	84 342 $
	Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Haut-Richelieu	99 406 $	97 361 $
	Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi	155 665 $	152 463 $
	Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud APAMM-RS	290 234 $	284 264 $
	Association Le Vaisseau d'Or	154 654 $	151 473 $
	Collectif de défense des droits de la Montérégie	392 766 $	384 688 $
	Ancre et Ailes du Haut St-Laurent	169 191 $	165 701 $
	Ateliers Transition inc. (Les)	271 425 $	265 842 $
	Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	217 440 $	212 968 $
	Contact Richelieu-Yamaska	482 711 $	472 783 $
	Centre de transition Perceval inc.	475 696 $	465 912 $
	Centre de prévention du suicide Pierre-De-Saurel	376 249 $	368 510 $
	Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu	383 708 $	375 816 $
	Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	443 265 $	437 201 $
	Campagnol des jardins de Napierville centre de jour (Le)	117 782 $	115 359 $
	Avant-garde en santé mentale (L')	260 775 $	255 411 $
	Au Second Lieu	165 433 $	162 030 $
	Éclusier du Haut-Richelieu	266 635 $	261 151 $
	TOTAL	**14 616 519 $**	14 213 679 $
SANTÉ PHYSIQUE	Aide arthrite du Bas-Richelieu	12 353 $	11 933 $
	Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	6 340 $	5 920 $
	Groupe Le Tournant	3 577 $	8 157 $
	Épilepsie Granby et Région inc.	51 773 $	55 708 $
	Diabétiques Sorel-Tracy inc. (Les)	13 640 $	13 220 $
	Diabète Rive-Sud	6 124 $	6 125 $
	Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	37 406 $	37 406 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
SANTÉ PHYSIQUE (suite)	Association de la fibromyalgie région Montérégie	81 635 $	70 367 $
	Association de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique de Vaudreuil-Soulanges	39 356 $	49 356 $
	Association de fibromyalgie du Bas-Richelieu	16 640 $	16 220 $
	TOTAL	**268 844 $**	274 412 $
TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT	Association de parents PANDA de Vaudreuil-Soulanges	11 553 $	10 720 $
	Association Régionale Autisme TED, Montérégie	201 251 $	188 556 $
	Répit TED-Autisme Montérégie	96 774 $	117 100 $
	TOTAL	**309 578 $**	316 376 $
VIH - SIDA	ÉMISS-ère (Équipe multidisciplinaire d'intervention en santé sexuelle)	341 309 $	336 510 $
	Oies blanches actions hépatites-VIH (Les)	43 269 $	57 692 $
	TOTAL	**341 309 $**	336 510 $
	TOTAL GÉNÉRAL	**64 136 679 $**	62 437 653 $
	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ADMIS AU PSOC	**406 organismes**	400 organismes

FINANCEMENT AUTRES PROGRAMMES – AUTRES OSBL – NON ADMIS AU PSOC

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
ALCOOLISME, TOXICOMANIE, DÉPENDANCE	Centre de prévention de la violence familiale Générations		1 025 $
	Las de cœur centre d'intervention pour joueurs compulsifs et pathologiques	130 011 $	125 000 $
	TOTAL	**130 011 $**	**126 025 $**
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE	Bureau de consultation-Jeunesse inc.	34 416 $	24 883 $
	TOTAL	**34 416 $**	**24 883 $**
CANCER	Fondation des soins de santé de Vaudreuil-Soulanges - *Health Care Foundation*	720 000 $	720 000 $
	Fondation Pontchartrain		50 500 $
	Fondation Source Bleue	720 000 $	720 000 $
	Havre d'Espoir Montérégie		16 632 $
	Maison au Diapason (La)	480 000 $	480 000 $
	Maison Victor-Gadbois (La)	770 000 $	745 000 $
	TOTAL	**2 690 000 $**	**2 732 132 $**
COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET AUTOCHTONES	Maison internationale de la Rive-Sud inc.	3 600 $	3 000 $
	Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	3 600 $	3 000 $
	Union des haïtiens du Québec de la Rive-sud de Montréal		3 000 $
	Vision inter-cultures	53 057 $	52 457 $
	TOTAL	**60 257 $**	**61 457 $**

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE	Association coopérative d'économie familiale de Granby	105 993 $	105 993 $
	Corporation de développement communautaire Beauharnois-Salaberry	85 105 $	85 105 $
	CRÉ Vallée-du-Haut-Saint-Laurent	15 000 $	9 756 $
	Loisir et sport Montérégie	71 100 $	74 193 $
	Réseau du Sport Étudiant du Québec - Montérégie	4 200 $	4 200 $
	Table de concertation de la petite enfance et des personnes démunies de la Vallée-des-Patriotes	70 000 $	70 000 $
	Table de concertation jeunesse de la Vallée-des-Patriotes	21 656 $	32 006 $
	Table de concertation jeunesse du Bas-Richelieu	3 496 $	3 374 $
	Table de concertation Jeunesse Maskoutaine inc. (La)	8 238 $	9 223 $
	TOTAL	**384 788 $**	**393 850 $**
CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE	Amitié Matern'elle	800 $	800 $
	Apprendre en cœur	1 066 $	1 066 $
	Association des familles monoparentales et recomposées de St-Hyacinthe	60 $	1 700 $
	Barbaparents (Les)	249 463 $	249 463 $
	Camp de vacances familiales Valleyfield inc.	12 626 $	6 768 $
	Carrefour du partage de Salaberry-de-Valleyfield	8 000 $	7 280 $
	Carrefour familial du Richelieu	90 289 $	126 947 $
	Centre de la famille St-Pie	6 088 $	9 000 $
	Centre de la petite enfance les Pommettes rouges	131 065 $	131 065 $
	Centre de ressources familiales du Haut St-Laurent	76 246 $	81 844 $
	Champignoles de Farnham inc. (Les)		3 370 $
	Écrit Tôt de Saint-Hubert (L')	6 323 $	6 323 $
	Fablier, une histoire de familles (Le)	15 551 $	15 551 $
	Famille à cœur inc.		13 968 $
	Ligue La Leche	1 315 $	1 315 $
	Maison de la famille de Brossard (La)	21 766 $	21 766 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE (suite)	Maison de la famille de la Vallée du Richelieu (La)	19 050 $	27 670 $
	Maison de la famille de Lemoyne	21 766 $	21 766 $
	Maison de la famille des frontières		3 370 $
	Maison de la famille des Maskoutains (La)	9 754 $	27 689 $
	Maison de la famille Joli-Coeur inc. (La)		54 730 $
	Maison de la famille Kateri	1 500 $	2 101 $
	Maison de la famille La Parentr'aide	114 463 $	121 743 $
	Maison de la famille Valoise inc.	75 103 $	12 805 $
	Maison de la famille Vaudreuil-Soulanges	411 $	47 958 $
	Maison des enfants de Varennes (La)	11 445 $	11 445 $
	Maison des familles de Granby et région	14 243 $	22 102 $
	Maison La Virevolte	43 000 $	102 980 $
	Maison Tremplin de Longueuil (La)	17 675 $	17 675 $
	Ruche Magique (La)	70 000 $	26 250 $
	Petit pont (Le)	6 333 $	9 000 $
	Programme d'aide aux jeunes mères-célibataires en difficulté: L'Envol	81 274 $	90 329 $
	Station de l'Aventure (La)	1 500 $	1 500 $
	TOTAL	**1 108 175 $**	**1 279 339 $**
MAINTIEN À DOMICILE	Comité régional des retraités et pré-retraités du comté de Huntingdon inc.		22 385 $
	Service d'aide domestique Jardins-Roussillon	11 703 $	1 862 $
	Coopérative de solidarité Autonomie Chez Soi		7 375 $
	Coopérative de solidarité d'aide à domicile Aide-Atout		5 697 $
	Coopérative de solidarité de services à domicile Aux p'tits soins		10 722 $
	Coopérative de solidarité en entretien ménager du Bas-Richelieu		3 530 $
	Coup de pouce des Moissons		4 872 $
	Services d'aide domestique de Saint-Hubert		10 830 $

CATÉGORIE DE L'ORGANISME	NOM DE L'ORGANISME	2012-2013	2011-2012
MAINTIEN À DOMICILE (suite)	Coopérative de solidarité en service d'aide à domicile Mobil'Aide		6 142 $
	Coopérative de solidarité en soutien à domicile Coop-Aide Rive-Sud Métropolitain		7 446 $
	Coopérative de soutien à domicile du pays des Vergers		3 518 $
	Services domestiques Nettoie-Net		3 766 $
	Service d'accompagnement médical intensif (S.A.M.I.)	20 000 $	
	TOTAL	**31 703 $**	**88 145 $**
PERSONNES DÉMUNIES	Centre communautaire le Trait d'union	14 607 $	14 607 $
	Loisirs et services communautaires de Lac Brome inc.	6 382 $	6 382 $
	TOTAL	**20 989 $**	**20 989 $**
	TOTAL GÉNÉRAL AUTRES OSBL	**4 460 339 $**	**4 726 820 $**
		50 organismes	**69 organismes**
	GRAND TOTAL - AGENCE	**68 597 018 $**	**67 164 473 $**
		456 organismes	**469 organismes**

ANNEXE IV
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

1. PRÉAMBULE

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ci-après l'Agence) a pour mission d'assurer la coordination du réseau montérégien, d'améliorer la performance de celui-ci et de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les membres du conseil d'administration (ci-après les administrateurs) sont désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de cette mission ainsi qu'à la saine gestion des ressources et, le cas échéant, des biens de l'Agence.

Compte tenu du caractère public de la mission et des ressources qui sont confiées à l'Agence, il est primordial que la conduite de ses administrateurs témoigne de leur dévouement au service public et d'un comportement éthique exemplaire. Le présent code d'éthique et de déontologie vise donc notamment à assurer que la contribution des administrateurs se fasse dans le respect du droit, des personnes et des instances ainsi que des valeurs de l'Agence et de l'administration publique. En cas de doute, les administrateurs doivent agir dans l'esprit des principes et règles applicables.

2. OBJECTIFS

Le présent document vient préciser les valeurs éthiques et les devoirs en matière de déontologie qui doivent guider la conduite des administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions. Il se veut complémentaire aux codes de déontologie professionnels, aux ententes en vigueur, aux politiques, aux procédures, aux lois et aux règlements encadrant l'exercice des fonctions des personnes visées.

L'éthique réfère aux valeurs qui animent les individus et à celles qui sont véhiculées par l'organisation. Elle fait appel à un comportement allant au-delà de la simple observance de la loi, des règles et règlements édictés et représente le « juste » au-delà du légal. En cas d'incertitude, notamment lorsque la règle est ambiguë ou lorsque plusieurs règles s'affrontent, c'est alors que les valeurs éthiques interviennent afin de soutenir la prise de décision.

La déontologie énonce un ensemble de lois, de règles et de normes obligatoires auxquelles il est nécessaire de se conformer. La déontologie entend préciser de manière concrète les attentes et les comportements espérés de la part des administrateurs.

En conséquence,

2.1 Les principes et les règles contenus dans ce code visent à promouvoir auprès des administrateurs les principes d'intégrité, d'objectivité, d'impartialité et de transparence dans l'exercice de leurs fonctions et aussi à préserver et à maximiser leur capacité à agir dans l'intérêt de la population de la Montérégie.

2.2 Le présent code vise également à maintenir et à renforcer la confiance de la population de la Montérégie, des partenaires de l'Agence et des instances gouvernementales, quant à la saine administration des ressources qui lui sont confiées.

2.3 Le présent code d'éthique et de déontologie n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, mais plutôt de les soutenir et les renforcer. En cas de divergence entre le présent code et le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

3. CADRE LÉGAL

Les éléments contenus dans le présent code d'éthique et de déontologie sont issus des prescriptions des textes suivants :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)
- Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.1)
- Déclaration des valeurs de l'administration publique québécoise (21 novembre 2002, Assemblée nationale, document sessionnel n° 1598-20021121)

4. CHAMP D'APPLICATION

4.1 Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux administrateurs de l'Agence nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux en application de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

4.2 Il s'applique également au président-directeur général, malgré le fait qu'il puisse également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient autrement lui être applicables à titre de membre du personnel de l'Agence.

5. DÉFINITIONS

« Administrateurs » : Les membres du conseil d'administration, incluant le président-directeur général.

« Conflit d'intérêts » : Toute situation où l'intérêt personnel direct ou indirect de l'administrateur risque de compromettre l'exécution indépendante, objective et impartiale de ses responsabilités.

« Règlement » : Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

« Code » : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

« Conflit de rôles » : Conflit potentiel lié à la provenance d'un administrateur en vertu de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

6. VALEURS

Les administrateurs adhèrent aux valeurs de l'administration publique québécoise reproduites en annexe V[1] ainsi qu'aux valeurs propres à l'Agence et qui sont les suivantes :

6.1 Agir avec compétence et rigueur

Chaque administrateur s'acquitte de ses tâches avec professionnalisme. Il met à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expertise pour atteindre les résultats visés. Il fait une utilisation judicieuse des ressources et de l'information mises à sa disposition.

6.2 Agir avec impartialité et transparence

Chaque administrateur fait preuve de neutralité et d'objectivité. Il prend des décisions dans le respect des règles applicables et accorde à tous un traitement équitable. Il remplit ses fonctions sans considération partisane. Il fait en sorte qu'il soit manifeste que les décisions sont prises dans l'intérêt public et en toute transparence.

6.3 Agir avec intégrité

Chaque administrateur se conduit d'une manière juste et honnête. Il évite de se mettre dans une situation où il se rendrait redevable à quiconque pourrait l'influencer indûment dans l'exercice de ses fonctions.

6.4 Agir avec loyauté

Chaque administrateur est conscient qu'il est un représentant de l'Agence auprès de la population. Il adhère aux principes démocratiques de notre société, il défend les intérêts de l'Agence et évite de lui causer préjudice.

6.5 Agir avec respect

Chaque administrateur manifeste de la considération à l'égard de toutes les personnes avec lesquelles il interagit dans l'exercice de ses fonctions. Il fait preuve de courtoisie, d'écoute et de discrétion à leur égard. Il se montre également diligent et évite toute forme de discrimination.

7. OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

7.1 Règles relatives aux travaux et aux réunions

L'administrateur doit :

7.1.1 respecter les règlements, les politiques et les procédures en vigueur à l'Agence;

[1] Annexe au document Code d'éthique

7.1.2 être assidu aux réunions et autres activités du conseil et de ses comités ou signifier son absence et organiser ses affaires personnelles de façon à ce qu'elles soient compatibles avec l'exercice de ses fonctions;

7.1.3 s'assurer que les données pertinentes et les enjeux lui soient fournis et qu'il dispose des données pertinentes et de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause;

7.1.4 se préparer et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre;

7.1.5 conserver une attitude de respect et de dignité et préserver la confiance et la considération que requiert son statut;

7.1.6 se contraindre à la discrétion au regard des informations auxquelles il accède dans le cadre de ses fonctions;

7.1.7 respecter le caractère confidentiel des débats, échanges, discussions et informations écrites et verbales reçues;

7.1.8 s'abstenir de faire des confidences, des déclarations et d'agir de façon à discréditer l'Agence ou le conseil d'administration ou de nuire à leur bon fonctionnement;

7.1.9 voter lorsque requis ou signifier son abstention;

7.1.10 être solidaire des décisions prises par le conseil et faire preuve de réserve concernant les décisions du conseil;

7.1.11 éviter de se substituer aux porte-parole de l'Agence.

7.2 Règles relatives aux conflits d'intérêts et aux conflits de rôles

L'administrateur doit :

7.2.1 faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts ou de rôles du seul fait qu'il provient d'un milieu, secteur ou organisme ayant proposé sa candidature aux fins de nomination au conseil, en vertu de l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

7.2.2 éviter de se placer en situation réelle ou potentielle de conflit d'intérêts;

7.2.3 dénoncer à l'organisme tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans une entreprise susceptible de mettre en conflit ses intérêts personnels et ceux de l'Agence;

7.2.4 s'abstenir de siéger ou de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question porte sur une entreprise dans laquelle il a des intérêts directs ou indirects; cependant, le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale;

7.2.5 reconnaître le fait que d'être membre du conseil d'administration de l'Agence ne donne aucun privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, ni aucun pouvoir autre que ceux dont il est investi en sa qualité d'administrateur dans le cadre d'une assemblée dûment convoquée ou dans le cadre d'un mandat du conseil;

7.2.6 dissocier de l'exercice de ses fonctions la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles, d'affaires ou bénévoles;

7.2.7 saisir le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif s'il est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code.

L'administrateur ne doit pas :

7.2.8 utiliser ou communiquer à un tiers une information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions dans le but d'en retirer un avantage;

7.2.9 user indûment de son influence ou de son pouvoir, en raison de sa situation au sein du conseil d'administration;

7.2.10 se laisser influencer, dans ses prises de décisions, par des offres d'emploi réelles ou potentielles.

7.2.11 accepter un cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui n'est pas d'usage et d'une valeur modeste.

7.3 Règles relatives aux activités politiques

L'administrateur doit :

7.3.1 faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques;

7.3.2 prendre ses décisions indépendamment de considérations partisanes;

7.3.3 aviser le président du conseil d'administration (ou le secrétaire général du conseil exécutif dans le cas du président ou le président-directeur général de l'Agence) de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective;

7.3.4 dans le cas du président du conseil d'administration ou du président-directeur général de l'Agence, se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

7.4 Règles relatives à l'après-mandat

Un administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions au service de l'Agence ne doit pas :

7.4.1 chercher à tirer des avantages indus de ses fonctions antérieures;

7.4.2 communiquer de l'information confidentielle ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un tiers avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de son mandat;

7.4.3 dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, agir au nom ou pour le compte d'autrui à l'égard d'une procédure, négociation ou autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

Les administrateurs en fonction ne peuvent :

7.4.4 traiter dans les circonstances prévues à l'art. 7.4.3 avec l'administrateur qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

8. RÉMUNÉRATION

8.1 Les membres du conseil d'administration ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.

9. MÉCANISMES D'APPLICATION

9.1 Dès leur entrée en fonction, les membres du conseil d'administration nommés ou désignés doivent :

9.1.1 s'engager à respecter le présent code ainsi que le Règlement et signer à cet effet l'annexe I[2] (engagement personnel);

9.1.2 déclarer leurs intérêts en complétant et en signant l'annexe II[3] (déclaration des intérêts). Cette déclaration doit être amendée si un élément nouveau doit y être ajouté ou retranché.

9.2 Conformément à l'article 19 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le président du conseil d'administration a la responsabilité de s'assurer que les principes d'éthique et les règles de déontologie sont respectés par les administrateurs.

[2] Annexe au document Code d'éthique
[3] Annexe au document Code d'éthique

9.3 Si le président du conseil d'administration juge qu'il y a effectivement eu manquement au code ou au Règlement, il doit en aviser le secrétaire-général associé responsable des emplois supérieurs. C'est ce dernier qui décide des suites à donner.

9.4 La sanction qui peut être imposée conformément à l'article 40 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics est la réprimande, la suspension sans rémunération, le cas échéant, pour une durée maximale de trois mois ou la révocation.

9.5 Toute sanction imposée à un membre de conseil d'administration de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions doit être écrite et motivée.

10. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration

ANNEXE V
NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS – AUDITÉE

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2013

NOTE 1 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (l'Agence) est constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous s'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Longueuil.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Afin de se conformer aux directives du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Agence a modifié rétrospectivement la méthode de comptabilisation de l'entente en mode PPP-CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf selon le chapitre SP 3410- paiements de transfert et a retraité le rapport financier annuel des exercices antérieurs. Antérieurement, l'Agence avait constaté l'entente comme un contrat de location-acquisition selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées ». En conséquence, le traitement comptable adopté de façon rétrospective constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public et une opinion avec réserve est présentée au rapport de l'auditeur indépendant.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie obtenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.
Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile estimative à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Catégorie	Durée
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restant du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunications	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouveau rapport financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs rapports financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le Fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le Fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

Le Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

Les Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Le Fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centre d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du Fonds d'exploitation et du Fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 – Modifications comptables

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en assurance-salaire n'étaient pas inscrits au rapport financier.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir – MSSS	286 463 $	250 844 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	286 463 $	250 844 $
Charges-avantages sociaux	55 500 $	19 881 $
Subventions - MSSS	55 500 $	19 881 $

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- Lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- Lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

NOTE 4 – Présentation des données budgétaires

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du Fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectées.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		Réel 1	Budget 2
REVENUS			
Subventions du MSSS			
Budget signifié	01	19 642 788	19 236 054
(Diminution) ou augmentation du financement (C.02 : préciser)	02	2 628 937	3 476 513
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(146)	308 446
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	55 500	
Total Subvention du MSSS (L.01 à L.04)	05	22 327 079	23 021 013
Revenus d'intérêts	06	26 342	31 773
Revenus d'autres sources			
Recouvrements	07		
Ventes de services	08	1 751 967	
Subventions du gouvernement	09	296 724	
Autres subventions (C.02 : préciser)	10		
Autres revenus (C.02 : préciser)	11	2 394 078	2 116 456
Total des revenus (L.05 à L11)	12	26 796 190	25 169 242
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	13	12 931 543	16 768 870
Avantages sociaux	14	3 568 516	
Charges sociales	15	1 737 754	1 730 100
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	16	241 292	169 598
Services achetés	17	2 776 565	1 737 704
Communications	18	660 226	534 750
Loyer	19	2 955 169	2 961 000
Location d'équipement	20	56 752	56 500
Fournitures de bureau	21	586 555	482 596
Transfert à des établissements (C.02 : préciser)	22	811 033	193 400
Autres frais (C.02 : préciser)	23	1 371 209	1 897 578
Charges non réparties	24	55 500	
Transfert de frais généraux (C.02 : préciser)	25		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	26	27 752 114	26 532 096
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.26)	27	(955 924)	(1 362 854)

NOTE 5 – Emprunt temporaire

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose d'une autorisation d'avance par billet grille de 58 595 000 $ à taux fixe garantie par le Ministère (de 1,52 %) dont 56 084 048 $ sont utilisés au 31 mars 2013. La convention de crédit est renégociable au besoin.

NOTE 6 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2013
Financement Québec :	
Emprunt portant intérêt au taux de 9,70 % au 31 mars 2013, remboursable en versements annuels prédéterminés échéant le 31 mars 2023	8 809 624 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,489 %, remboursable en versements annuels de 57 752 $, échéant le 1er décembre 2019	404 262 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,1045 %, remboursable en versements annuels de 61 842 $, échéant le 1er juin 2018	1 546 052 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,664 %, remboursable en versements annuels de 742 007 $, échéant le 1er décembre 2018	10 588 217 $
Emprunt portant intérêt au taux de 2,054 %, remboursable en versements annuels de 213 802 $, échéant le 25 avril 2017	5 345 050 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable en versements annuels de 315 421 $, échéant le 1er décembre 2016	3 785 047 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable en versements annuels de 37 234 $, échéant le 1er décembre 2016	856 383 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable en versements annuels de 1 818 820 $, échéant le 1er décembre 2016	11 554 040 $
Emprunt portant intérêt au taux de 4,135 %, remboursable en versements annuels de 1 016 091 $, échéant le 1er décembre 2013	6 929 862 $
Emprunt portant intérêt au taux de 4,415 %, remboursable en versements annuels de 1 371 926 $, échéant le 1er mars 2014	8 958 756 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 %, remboursable en versements annuels de 25 800 $, échéant le 1er décembre 2014	516 000 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,877 %, remboursable en versements annuels de 799 375 $, échéant le 1er décembre 2014	5 661 933 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 176 456 $, échéant le 1er juin 2014	2 715 767 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 1 192 550 $, échéant le 1er juin 2014	6 608 758 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,222 %, remboursable en versements annuels de 277 744 $, échéant le 1er décembre 2014	555 488 $
Emprunt portant intérêt au taux de 3,847 %, remboursable en versements annuels de 325 078 $, échéant le 1er juin 2016	1 300 314 $
	76 135 553 $
Tranche échéante à moins d'un an	24 022 830 $
	52 112 723 $

Les remboursements en capital de la dette long terme à effectuer durant les prochains exercices sont les suivants :

	Autres emprunts
2014	24 022 830 $
2015	19 430 129 $
2016	4 059 866 $
2017	11 569 439 $
2018	5 839 353 $
2019 et suivantes	11 213 936 $
	76 135 553 $

NOTE 7 – Opérations entre apparentés

L'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 8 – Éventualités

L'Agence fait l'objet d'une poursuite de 829 400 $ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Par ailleurs, la rétribution des ressources intermédiaires étant du ressort des établissements de santé et de services sociaux, il est très peu probable que l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ait à verser quelque indemnité aux ressources intermédiaires. À cet effet, aucune provision n'a été comptabilisée.

Des griefs de la part d'employés ont été transmis auprès de l'Agence. Ces griefs pourraient faire l'objet de réclamations auprès de l'Agence. Il n'est pas possible de déterminer actuellement l'issue de ces griefs. Advenant que l'Agence ait des sommes à débourser à l'égard de ces griefs, elles seraient comptabilisées dans l'exercice où aura lieu le règlement.

NOTE 9 – Analyse financière du MSSS

Le Ministère a complété l'analyse financière du rapport annuel de l'exercice 2011-2012.

NOTE 10 – Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme pour des locaux administratifs, dont certains ont des options de renouvellement et pour d'autres contrats de service pour divers entretiens échéants à diverses dates jusqu'en 2018. De plus, l'Agence s'est engagée relativement à quatre ententes de partenariat public et privé pour le CHSLD St-Lambert-sur-le-golf, le CHLSD Sainte-Catherine, le CHSLD St-Jean et le CHSLD Granby à verser un per diem pour des services cliniques et autres éléments, lesquels sont déduits des contributions des résidents. Ces contrats viennent à échéance en 2034 et en 2038 et comportent des options de renouvellement. De plus, l'Agence s'est engagée en vertu de contrats de biens et services qui viennent à échéance en 2018. Également, l'Agence s'est engagée relativement à des ententes avec les groupes de médecines de familles et avec des entreprises ambulancières qui viennent à échéance en 2016.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

2014	85 496 082 $
2015	87 890 553 $
2016	85 475 806 $
2017	31 855 642 $
2018	32 239 446 $
2019 et suivantes	684 099 164 $
	1 007 056 693 $

De plus, l'Agence s'est engagée en vertu de contrats échéant en mars 2038, et plus, pour des montants (incluant capital et intérêts) de 46 631 124 $ avec le Groupe Champlain - CHSLD des Pommetiers pour leur relocalisation suite à la fusion et de 19 556 381 $ (incluant capital et intérêt) avec le Centre d'accueil Marcelle-Ferron pour leur agrandissement.

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices s'établissent comme suit :

	Capital	Intérêts	**Total**
2014	919 153 $	1 830 836 $	2 749 989 $
2015	963 323 $	1 786 666 $	2 749 989 $
2016	1 008 116 $	1 741 874 $	2 749 989 $
2017	1 056 644 $	1 693 345 $	2 749 989 $
2018	1 110 462 $	1 639 527 $	2 749 989 $
2019 et suivantes	33 593 458 $	18 844 101 $	52 437 560 $
	38 651 156 $	27 536 349 $	66 187 505 $

NOTE 11 – Chiffres de l'exercice précédent

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle de l'exercice courant.

ANNEXE VI
ÉTAT DE SUIVI DES RÉSERVES

Nom de l'agence
Agence de la Montérégie

Code
1466-5285

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R pour réserve O pour observation C pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R pour réglée PR pour partiellement réglée NR pour non réglée		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
L'Agence ne comptabilise pas à titre d'immobilisation corporelle louée une entente de PPP	2012	R	Directive du Ministère			NR
Les passifs afférents aux obligations envers les employés relatifs aux congés parentaux ne sont pas comptabilisés	2011	R	Directive du Ministère			NR
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la SIQ sont comptabilisés comme des contrats de location exploitation	2011	R	Directive du Ministère			NR
Les passifs afférents aux obligations envers les employés relatifs à l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés	2012	R	Directive du Ministère	R		

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						

Rapport à la gouvernance						

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec

1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 679-6772
Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca/agence